RÉGIE RÉGIONALE
DE LA SANTÉ ET DES
SERVICES SOCIAUX
DES LAURENTIDES

la santé *mieux* pensée

PISTES
de réorganisation des services hospitaliers de courte durée

pour un retour à l'équilibre budgétaire des centres hospitaliers de la région des Laurentides

VOLET 3

DOCUMENT DE CONSULTATION

Septembre 2002

SOMMAIRE EXÉCUTIF

La récurrence des déficits budgétaires dans les centres hospitaliers de la région des Laurentides, malgré les dispositions législatives existantes, force ceux-ci et la Régie régionale des Laurentides à repenser, **en réseau**, l'organisation des services spécialisés de 2e ligne. Les orientations ministérielles à l'effet d'offrir 80% des services en 1ère ligne dans la communauté et de recentrer les centres hospitaliers sur les services spécialisés et ultra-spécialisés constituent les prémisses de cette démarche.

En ce qui concerne les services spécialisés, l'objectif à court terme est de fermer une cinquantaine de « lits tampons » qui ont graduellement été ouverts depuis 1998 dans le but de soulager les salles d'urgence de la région. La fermeture de ces lits devrait réduire les déficits d'opération, sans toutefois nous ramener à la situation antérieure indésirable dans nos salles d'urgence.

Pour ce faire, l'approche privilégiée est de relocaliser certaines clientèles dans d'autres types de ressources (réadaptation fonctionnelle intensive, soins palliatifs, personnes adultes en perte d'autonomie et convalescents). De plus, les éléments de mission de chaque centre hospitalier et leurs compétences distinctives sont revus. Finalement, la concentration de certaines activités est également avancée comme piste supplémentaire d'organisation.

La complémentarité des services est examinée sur une base régionale et sous-régionale (nord, centre et sud). Plus spécifiquement, dans le nord, la MRC Antoine-Labelle fera l'objet de travaux ultérieurs et séparés. On devra y revoir l'organisation des services de santé en tenant compte des difficultés budgétaires au CH et CR Antoine-Labelle, du regroupement de ce dernier établissement avec le CLSC, des éléments de mission qui seront confiés à la nouvelle structure et des liens qu'il y aura lieu d'établir avec les autres centres hospitaliers de la région.

Dans le centre, nous proposons que l'Hôtel-Dieu de St-Jérôme voit son rôle de centre régional confirmé et que ses liens avec le CH Laurentien de Ste-Agathe et le CH-CLSC d'Argenteuil de Lachute soient raffermis.

L'analyse fait aussi ressortir une augmentation importante de la prestation de services au CH Laurentien, établissement où les installations physiques sont devenues inadéquates et la capacité de production de services dépassée par la demande occasionnée par la croissance démographique et le développement de la région de Mont-Tremblant.

Le CH-CLSC d'Argenteuil devra mieux définir sa mission et chercher à développer des compétences distinctives. Il devra s'interroger sur la poursuite de certaines activités cliniques présentement offertes localement. Une surcapacité en lits doit aussi être corrigée à brève échéance par la fermeture des lits tampons et l'accueil de nouvelles clientèles (RFI) en provenance d'autres centres hospitaliers de la région.

Le CH St-Eustache, localisé de façon excentrique au sud-ouest de la région, entretient des liens cliniques privilégiés, qu'il y a lieu de maintenir, avec l'Hôpital Sacré-Cœur et la Cité de la Santé de Laval. Ce centre a connu un développement accéléré au cours des 20 dernières années. Cette croissance devrait se poursuivre, à un rythme plus lent et de façon plus équilibrée. Le développement de nouveaux services devra tenir compte des ressources allouées. De plus, l'accent devra être mis sur les activités ambulatoires, étant donné les caractéristiques sociosanitaires de la population desservie.

Les pistes avancées dans ce document pourraient permettre des économies annuelles récurrentes **d'au moins** 3 millions de dollars pour le réseau, en plus d'améliorer la flexibilité et la fluidité des opérations dans les centres hospitaliers. Elles nécessiteront toutefois une réorganisation de la première ligne, certaines immobilisations dans les établissements et l'émergence de nouvelles structures de dispensation de soins (ressources en soins palliatifs et pour la clientèle convalescente).

Des travaux complémentaires sur l'utilisation des lits dans les Laurentides (pertinence) viendront compléter la démarche au début de l'année 2003 et permettre de projeter les besoins en lits dans chaque centre d'ici 2006.

Nous estimons que cette réorganisation se fera sans mises à pied pour le personnel du réseau de la santé. De plus, le risque financier nous paraît faible, bien que les injections nécessaires à la réalisation de ce plan doivent être chiffrées plus précisément. Finalement, nous croyons que les chances de réussite d'implantation de ce projet sont bonnes.

Bien que certaines des mesures proposées puissent déjà être appliquées durant l'année financière courante, la plus grande partie de ce plan se réaliserait sur une période de 2 ans à partir du 1er avril 2003.

TABLE DES MATIÈRES

Sommaire exécutif 2
Liste des sigles et abréviations 8
Démarche du présent document 10
Échéancier de la démarche 11

Introduction 12
Historique des lits tampons dans les Laurentides 16
Évolution des taux d'occupation des lits dans les centres hospitaliers des Laurentides 1998-2002 18

Pistes de réflexion sur la réorganisation des services de santé – Volet spécifique par centre hospitalier 19

CH ST-EUSTACHE 20

1. Le contexte 21
   - A) Les caractéristiques populationnelles
   - B) Le bassin de desserte
   - C) Le défi au CH St-Eustache
2. Quelques données sur la production 23
   - 2.1 Pourcentage de la consommation hospitalière / par territoire de CLSC
   - 2.2 Production au CH St-Eustache / la médecine / les admissions
   - 2.3 Production au CH St-Eustache / la chirurgie / les cas traités
   - 2.4 Ventilation des données spécifiques à la chirurgie
   - 2.5 La chirurgie d'un jour / les cas traités
   - 2.6 Pourcentage de la chirurgie élective le jour même de l'admission
   - 2.7 Pourcentage d'utilisation de la chirurgie d'un jour/ ensemble de toute la chirurgie
   - 2.8 Pourcentage d'utilisation de la chirurgie d'un jour / ensemble des interventions ciblées en chirurgie d'un jour
3. La durée moyenne de séjour par catégorie de soins 26
4. La pression de la porte d'entrée à la salle d'urgence 27
5. La capacité hospitalière 27
6. Pistes à explorer pour le CH St-Eustache 28

HÔTEL-DIEU DE ST-JÉRÔME **30**

1. Le contexte 31
   - A) Les caractéristiques populationnelles
   - B) Le bassin de desserte
   - C) Le défi à l'Hôtel-Dieu de St-Jérôme
2. Quelques données sur la production 33
   - 2.1 Pourcentage de la consommation hospitalière / par territoire de CLSC
   - 2.2 Production à l'Hôtel-Dieu de St-Jérôme / la médecine / les admissions
   - 2.3 Production à l'Hôtel-Dieu de St-Jérôme / la chirurgie / les cas traités
   - 2.4 Ventilation des données spécifiques à la chirurgie
   - 2.5 La chirurgie d'un jour / les cas traités
   - 2.6 Pourcentage de la chirurgie élective le jour même de l'admission
   - 2.7 Pourcentage d'utilisation de la chirurgie d'un jour / ensemble de toute la chirurgie
   - 2.8 Pourcentage d'utilisation de la chirurgie d'un jour / ensemble des interventions ciblées en chirurgie d'un jour
3. La durée moyenne de séjour par catégorie de soins 36
4. La pression de la porte d'entrée à la salle d'urgence 37
5. La capacité hospitalière 37
6. Pistes à explorer pour l'Hôtel-Dieu de St-Jérôme 38

CH LAURENTIEN **41**

1. Le contexte 42
   - A) Les caractéristiques populationnelles
   - B) Le bassin de desserte
   - C) Le défi au CH Laurentien
2. Quelques données sur la production 44
   - 2.1 Pourcentage de la consommation hospitalière / par territoire de CLSC
   - 2.2 Production au CH Laurentien / la médecine / les admissions
   - 2.3 Production au CH Laurentien / la chirurgie / les cas traités
   - 2.4 Ventilation des données spécifiques à la chirurgie
   - 2.5 La chirurgie d'un jour / les cas traités
   - 2.6 Pourcentage de la chirurgie élective le jour même de l'admission
   - 2.7 Pourcentage d'utilisation de la chirurgie d'un jour / ensemble de toute la chirurgie
   - 2.8 Pourcentage d'utilisation de la chirurgie d'un jour / ensemble des interventions ciblées en chirurgie d'un jour
   - 2.9 Production en obstétrique au CH Laurentien
   - 2.10 Production en psychiatrie au CH Laurentien
   - 2.11 Les durées moyennes de séjour en psychiatrie dans les centres hospitaliers des Laurentides
3. La durée moyenne de séjour par catégorie de soins 48
4. La pression de la porte d'entrée à la salle d'urgence 49

5. La capacité hospitalière 49
6. Pistes à explorer pour le CH Laurentien 50

CH-CLSC D'ARGENTEUIL **52**

1. Le contexte 53
   A) Les caractéristiques populationnelles
   B) Le bassin de desserte
   C) Le défi au CH-CLSC d'Argenteuil
   D) L'implantation du tomodensitomètre (CT-SCAN)
2. Quelques données sur la production 57
   2.1 Pourcentage de la consommation hospitalière / par territoire de CLSC
   2.2 Production au CH-CLSC d'Argenteuil /la médecine / les admissions
   2.3 Les durées moyennes de séjour du CH-CLSC d'Argenteuil
   2.4 Production au CH d'Argenteuil / La chirurgie / les cas traités
   2.5 Production au CH d'Argenteuil / La chirurgie / les cas hospitalisés
   2.6 La chirurgie d'un jour / les cas traités
   2.7 Ventilation des données spécifiques à la chirurgie
   2.8 Pourcentage de la chirurgie élective le jour même de l'admission
   2.9 Pourcentage d'utilisation de la chirurgie d'un jour / ensemble de toute la chirurgie
   2.10 Pourcentage d'utilisation de la chirurgie d'un jour / ensemble des interventions ciblées en chirurgie d'un jour
3. La durée moyenne de séjour par catégorie de soins 61
   3.1 Médecine
   3.2 Chirurgie
4. L'urgence est de plus en plus utilisée comme clinique ambulatoire 62
5. La capacité hospitalière 63
6. Pistes à explorer pour le CH-CLSC d'Argenteuil 63

Volet financier / contexte budgétaire 65
   Tableaux financiers- Scénario 1
   Tableaux financiers - Scénario 2

Pages annexes 79
   Démographie et contexte régional
   1. La démographie régionale / portrait de la région des Laurentides 81
      1.1 Le territoire des Laurentides
      1.2 Les caractéristiques démographiques de la population des Laurentides
      1.3 Évolution du taux de rétention de la population des Laurentides

LISTE DES SIGLES ET ABRÉVIATIONS

AHQ	Association des hôpitaux du Québec
CA	Conseil d'administration
CDJ	Chirurgie d'un jour
CGR	Comité de gestion du réseau (directeurs généraux des établissements des Laurentides)
CH	Centre hospitalier
CH-CLSC	Regroupement du CH et du CLSC
CH et CR AL	Centre hospitalier et centre de réadaptation Antoine-Labelle
CHL	Centre hospitalier Laurentien
CHSE	Centre hospitalier St-Eustache
CHSGS	Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés
CII	Conseil des infirmières et infirmiers
CIR	Commission infirmière régionale
CLSC	Centre local de services communautaires
CM	Conseil multidisciplinaire
CMDP	Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
CMR	Commission médicale régionale
CRM	Commission régionale multidisciplinaire

CSC	Court séjour chirurgical
CSM	Court séjour médical
CSST	Commission de la santé et de la sécurité du travail
DMS	Durée moyenne de séjour
GMF	Groupe de médecine familiale
HDSJ	Hôtel-Dieu de St-Jérôme
MRC	Municipalité régionale de comté
MPOC	Maladie pulmonaire obstructive chronique
MSSS	Ministère de la santé et des services sociaux
PREM	Plan régional des effectifs médicaux
PROS	Programme régional d'organisation de services
RIPAPA	Réseau intégré personnes âgées en perte d'autonomie
RFI	Réadaptation fonctionnelle intensive
PAPA	Personnes âgées en perte d'autonomie
PMO	Planification de la main d'oeuvre
PFT	Plan fonctionnel et technique
%	Pourcentage

DÉMARCHE DU PRÉSENT DOCUMENT

Le point de départ

- L'obligation légale pour les établissements d'atteindre l'équilibre budgétaire
- Les ententes tripartites de gestion pour un retour à l'équilibre (MSSS-Régie régionale-CH)

La vision de la Régie régionale des Laurentides

- Consolider la 1ère ligne afin qu'elle puisse dispenser aux citoyens la plus grande partie des services requis, en amont et en aval des CH
- Revoir les éléments de mission de chaque CH pour en arriver à une organisation cohérente des services hospitaliers
- Recentrer les CH sur leurs activités principales de 2e ligne
- Favoriser le partenariat CH – CLSC – CHSLD - cliniques médicales - GMF

Les prémisses

La transformation du réseau de santé des Laurentides (1995)

- Les orientations régionales des programmes en virage ambulatoire (1996-1997)
- L'élaboration d'un réseau RIPAPA (1997)
- Le développement d'un réseau de soins respiratoires à domicile pour les clientèles atteintes de la MPOC (1996-1997)
- Le développement d'un réseau de services intégrés crise-suicide pour adultes (2001)
- Le PREM 2001-2003 en spécialités (2001)
- Le modèle d'organisation des services médicaux spécialisés (2001)

Les travaux prévus en lien avec la démarche

- Planification stratégique du MSSS et de la Régie régionale
- PREM 2003-2005 en omnipratique (automne 2002)
- PREM 2003-2005 en spécialités (printemps 2003)
- Besoins en lits de courte durée pour 2003-2006
- Services de base en CLSC
- Besoins en lits PAPA d'ici 2006
- Besoins en lits RFI d'ici 2006
- Planification de la main-d'œuvre / infirmières et autres professionnels
- Les PFT
- Les équipements spécialisés (haute technologie)

ÉCHÉANCIER DE LA DÉMARCHE

2000	Changements législatifs touchant l'obligation d'atteinte de l'équilibre budgétaire dans les établissements de santé
2002/02	Rencontre avec M. Roger Paquet, sous-ministre aux finances du MSSS
2002/03	Signature des ententes tripartites MSSS – Régie régionale – CH
2002/05	Rencontres préliminaires avec les équipes de direction des CH
2002/été	Rencontres additionnelles et échanges avec les équipes de direction Élaboration du document de consultation
2002/09	Dépôt du document de consultation
2002/10-11	Période de consultation des instances o Création d'un comité de suivi de la consultation par le CGR o Consultation à l'interne à la Régie régionale (CMR, CIR, CRM, professionnels) o Présentation initiale au Lac-à-l'Épaule du conseil d'administration de la Régie régionale o Consultations des instances dans chaque CH par les équipes de direction
2002/ 12	Décision finale de la présidente-directrice générale et du conseil d'administration de la Régie régionale
2003/01	Travaux complémentaires sur l'utilisation et les besoins en lits 2003-2006 et la réorganisation de la 1ère ligne
2003/04	Début de l'implantation de la réorganisation s'échelonnant sur deux ans

INTRODUCTION

Ce document est la présentation des travaux de réorganisation des services hospitaliers menés au cours des derniers mois dans la région des Laurentides dans le cadre de l'exercice de retour à l'équilibre budgétaire des CH Laurentien, St-Eustache et de l'Hôtel-Dieu de St-Jérôme.

Cette démarche implique également le CH-CLSC d'Argenteuil, bien que ce dernier établissement ait déjà signé une entente tripartite prévoyant le retour à l'équilibre au 31 mars 2003.

Il ne tient toutefois pas compte de la situation au CH et CR Antoine-Labelle et de l'organisation des services dans cette MRC qui devront être abordées de façon distincte.

Au début de mars 2002, trois centres hospitaliers de la région des Laurentides, le CH Laurentien de Ste-Agathe, le CH St-Eustache et l'Hôtel-Dieu de St-Jérôme signaient des ententes tripartites de retour à l'équilibre budgétaire avec la Régie régionale des Laurentides et le Ministère de la Santé et des Services sociaux. Ces ententes prévoyaient le retour à l'équilibre au 31 mars 2004, mais l'ampleur du déficit toléré au 31 mars 2003 n'était pas précisée.

Quelques jours auparavant, M. Roger Paquet, sous-ministre adjoint aux finances, rencontrait l'équipe de direction de la Régie régionale des Laurentides et demandait, dans le contexte des travaux ministériels visant l'équité interrégionale, de procéder à une démarche d'analyse, sur une base régionale, des trois volets suivants :

1. L'efficience.

2. Les coûts de la main-d'œuvre, en particulier l'assurance-salaire et la CSST.

3. La réorganisation intrarégionale des services hospitaliers.

Le but de l'exercice était donc de définir le déficit maximal toléré pour 2002-2003 et d'assurer le retour à l'équilibre au 31 mars 2004.

La commande concernant **le premier volet, l'efficience**, consistait à procéder à une analyse additionnelle de l'utilisation des ressources par des centres hospitaliers pourtant déjà considérés performants par les divers outils comparatifs existants et issus aussi bien du ministère de la Santé et des Services sociaux (rapport Bédard), de l'AHQ (Système intégré d'amélioration de la performance) que de la Régie régionale des Laurentides.

Le deuxième volet, celui des ressources humaines, devait valider la cible de diminution de coûts déjà transmise par le Ministère pour deux postes de dépenses : les coûts de l'assurance salaire et ceux de la CSST. De plus, les établissements devaient s'interroger sur l'organisation du travail afin de s'assurer que leur structure de personnel était la plus efficiente possible.

Le troisième volet de ces travaux, soit la réorganisation intra-régionale des services hospitaliers, consistait en un examen des améliorations possibles de **l'organisation-réseau** de certains services pouvant potentiellement résulter en des gains financiers. Il visait également une utilisation optimale des ressources de chaque centre hospitalier en fonction de ses compétences distinctives spécifiques, tout en tenant compte des concepts d'accès, de qualité et de continuité des soins.

Dans le cadre de la démarche de ce troisième volet, les étapes suivantes furent franchies :

- rencontre collective avec les directeurs généraux des établissements et certains membres de leur comité de direction (21 mai 2002) afin d'expliquer la démarche;

- échanges entre l'équipe des finances de la Régie régionale des Laurentides et les directions générales et financières de chacun des centres hospitaliers;

- discussions préliminaires entre les membres de la direction des affaires médicales et hospitalières de la Régie régionale et ceux des directions générales, des services professionnels et des soins infirmiers de chacun des centres hospitaliers.

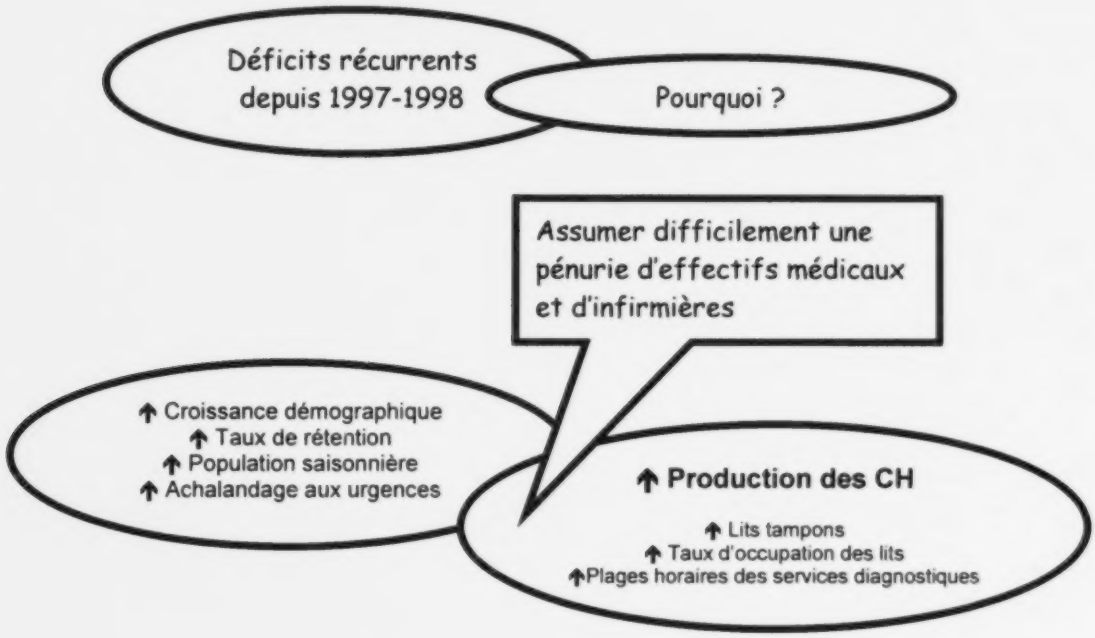
Il est important de réaliser que cet exercice comporte plusieurs limites, en grande partie tributaires des courts délais impartis pour sa réalisation. Il s'est fait sans consultation formelle des instances des établissements (conseil d'administration, CMDP, CII, CM) ou de la Régie régionale des Laurentides (conseil d'administration, CGR, Commission médicale régionale, Département régional de médecine générale, Commission infirmière régionale, Commission régionale multidisciplinaire). Ces consultations seront menées à l'automne 2002 en ce qui concerne les instances régionales. Chaque établissement voudra certainement procéder à des consultations à l'interne.

De plus, plusieurs points restent à préciser et certaines validations sont à faire. Ces travaux doivent donc être considérés comme préliminaires et les divers éléments de solution proposés comme des pistes plutôt que de prochaines étapes de réalisation. La réorganisation de la 2e ligne implique nécessairement la réorganisation de la 1ère ligne et ces travaux devront être menés de front.

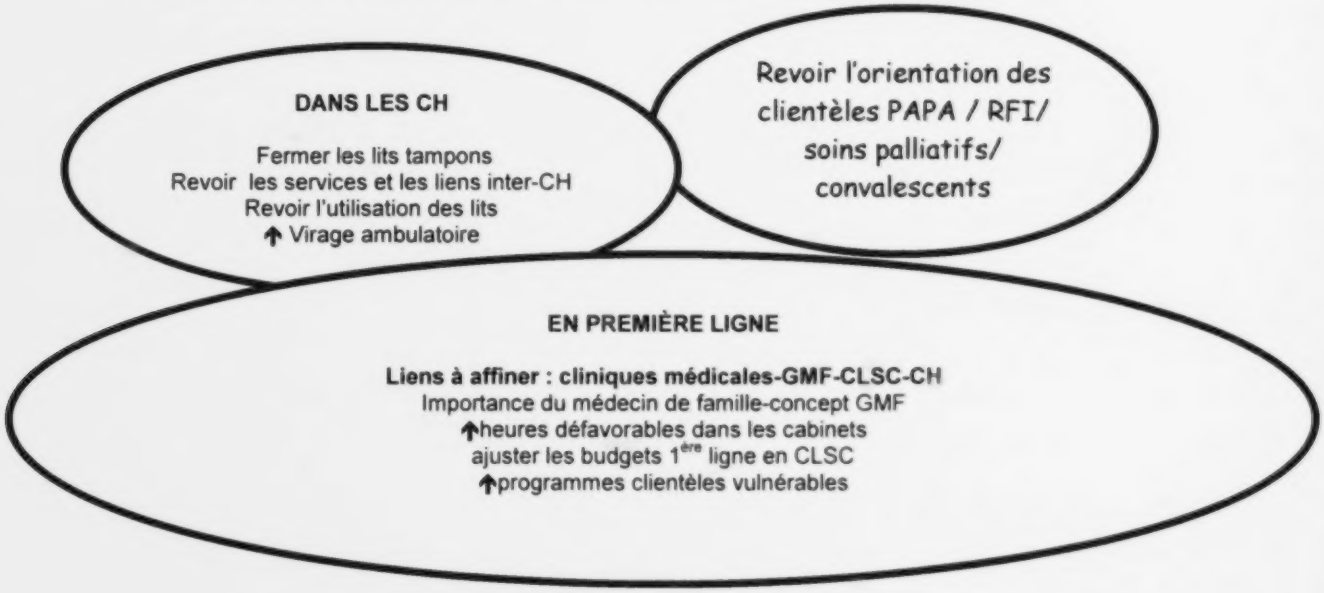
Même si la démarche s'est voulue essentiellement financière à l'origine, elle s'est rapidement transformée en une opération majeure visant non pas seulement l'amélioration des résultats financiers mais aussi l'efficience de l'organisation des services de santé sur le territoire. Elle a impliqué une participation importante de la Direction des affaires médicales et hospitalières de la Régie régionale et des directions cliniques des établissements. Ultimement, elle devrait résulter en une modification des pratiques en amont et en aval des centres hospitaliers et permettre une utilisation plus judicieuse des services spécialisés de 2e ligne.

La Régie régionale de la santé
et des services sociaux des Laurentides

Atteindre l'équilibre budgétaire pour les CH



PISTES DE SOLUTION AU DÉFICIT DES CENTRES HOSPITALIERS



HISTORIQUE DES LITS TAMPONS DANS LES LAURENTIDES

Trois des CH de la région supportent des déficits récurrents depuis 1997-1998 : l'Hôtel-Dieu de St-Jérôme , le CH St-Eustache et le CH Laurentien.

Plusieurs ajustements dans l'accessibilité aux services ont été nécessaires dans l'ensemble du réseau de la santé et des services sociaux du Québec au cours des dernières années. Le Forum sur les urgences, présidé à l'époque par Mme Pauline Marois, Ministre de la santé et des services sociaux, en est un bon exemple.

Un des éléments de suivi des recommandations du Forum fut de créer un Programme régional d'organisation des services (PROS) pour les unités d'urgence. Les principaux objectifs de ces travaux étaient de définir et respecter la mission de la salle d'urgence et de réorganiser, **CH par CH**, les services en centres hospitaliers pour désengorger les corridors des urgences.

Dans ce contexte, la région des Laurentides a privilégié différentes avenues. Parmi celles-ci, l'utilisation systématique de l'ouverture de lits tampons semble avoir été priorisée dans notre région comme mesure de désengorgement des urgences. Les raisons pour cet état de faits étaient multiples : locaux inadéquats à l'urgence, insuffisance du nombre de civières au permis, pénurie d'effectifs médicaux et infirmiers, etc.

Cette mesure et d'autres permirent l'atteinte de l'objectif de la Régie régionale des Laurentides de diminuer de façon importante le nombre de patients qui séjournaient plus de 48 heures à l'urgence. Alors qu'à l'époque certains patients y passaient plus de 3 semaines, et ce pas plus loin qu'en 1998-1999! Parallèlement aux principes qui guidaient le choix des mesures pour éviter les 48 heures aux urgences, nous devions également nous assurer de préserver la mission chirurgicale des hôpitaux.

En rafale, quelques exemples des autres mesures préconisées à l'époque et qui furent implantées avec des degrés variables de réussite :

- gestion optimale de l'orientation des personnes âgées en attente d'hébergement dans les lits de courte durée : **achat de places en CHSLD;**
- gestion quotidienne des lits de courte durée : **équipe médico-nursing;**
- mécanismes de liaison CH-CLSC-CHSLD : **infirmière de liaison;**

- réduction des durées de séjour tout en maximisant les alternatives à l'hospitalisation : **réseau MPOC, antibiothérapie ambulatoire intraveineuse à domicile (AAIV), programme virage post-op, etc.;**
- des programmes rehaussés de maintien à domicile de certaines clientèles vulnérables : **rehaussement des budgets en CLSC;**
- rehausser l'accessibilité des lits de courte durée; **ouverture de 48 lits de courte durée physique de façon permanente dans trois CH et ouverture épisodique des lits tampons.**

Lorsqu'en 1999, la Régie régionale des Laurentides rehaussa la capacité de 48 lits de courte durée en santé physique dans trois CH de la région (20 au CHSE, 21 à l'HDSJ et 7 au CHL), il était attendu que le recours aux lits tampons s'estomperait graduellement après les mois d'hiver.

Toutefois, depuis 2000-2001, le phénomène semble plutôt perdurer toute l'année dans ces trois CH. En 2001-2002, les moyennes d'utilisation quotidienne des lits tampons étaient les suivantes :

CHSE : moyenne quotidienne de 19 lits tampons
HDSJ : moyenne quotidienne de 15 lits tampons
CHL : moyenne quotidienne de 15 lits tampons.

De plus, la corrélation entre le nombre de civières occupées à l'urgence en un moment précis et le nombre de lits tampons ouverts en même temps semble s'amoindrir dans le temps.

Dans l'attente de travaux complémentaires qui devraient nous permettre de distinguer certaines nuances entre les situations particulières des trois CH, nous avançons comme hypothèse que les lits tampons ne sont plus perçus dans les CH comme des mesures exceptionnelles et temporaires mais plutôt comme une composante structurelle et permanente de dispensation des soins et qu'ils sont utilisés comme tels.

Cet état de fait contribue de façon importante au déficit budgétaire de ces trois CH, en plus de certainement avoir des effets systémiques sur d'autres composantes du réseau, effets qui devront faire l'objet d'une analyse particulière prochainement.

La fermeture, à court terme, des lits tampons constitue, à notre avis, une avenue privilégiée vers le retour à l'équilibre budgétaire des CH et à une organisation plus cohérente et efficiente des services de santé dans notre région.

ÉVOLUTION DES TAUX D'OCCUPATION DES LITS DANS LES CH DES LAURENTIDES 1998-2002

CENTRES HOSPITALIERS DES LAURENTIDES
ÉVOLUTION DES TAUX D'OCCUPATION
DE 1998-1999 À 2001-2002

	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002
CH St-Eustache	84,6%	87,1%	92,2%	97,4%
Hôtel-Dieu de St-Jérôme	85,2%	85,1%	89,2%	91,1%
CH Laurentien	87,1%	93,8%	100,3%	104,7%
Hôpital d'Argenteuil *	81,1%	80,7%	115,5%	112,3%

* En 2000-2001, l'Hôpital d'Argenteuil a diminué le nombre de lits au permis de 66 à 49 afin de pouvoir procéder au regroupement avec le CLSC d'Argenteuil.

Méthode de calcul:

$$\frac{\text{jours-présence réels}}{\text{jours-présence théoriques}}$$

Les jours-présence réels comprennent la santé physique excluant les nouveau-nés, la santé mentale et la RFI.

Les jours-présence théoriques correspondent au nombre de lits de santé physique, de santé mentale et de RFI multiplié par 365.

Un pourcentage d'occupation d'environ 85% est considéré optimal dans un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés. Il permet de répondre aux fluctuations aléatoires de la demande de façon flexible en plus d'accroître la fluidité des opérations.

PISTES DE RÉFLEXION SUR LA RÉORGANISATION DES SERVICES DE SANTÉ

VOLET SPÉCIFIQUE PAR CENTRE HOSPITALIER

PISTES

CH St-Eustache

CH ST-EUSTACHE

1. LE CONTEXTE

A) LES CARACTÉRISTIQUES POPULATIONNELLES[1]

Au cours des dix prochaines années, la population du territoire du CLSC Jean-Olivier-Chénier devrait augmenter moins rapidement que celle de la région des Laurentides et plus vite que la population du Québec. C'est donc dire que le développement des activités et des services devrait se poursuivre, bien qu'à un rythme plus lent qu'au cours des dix dernières années et de façon moindre que dans d'autres territoires des Laurentides.

De 2001 à 2011, le taux d'accroissement de ce territoire devrait se situer autour de 10,1% (11,2% dans les Laurentides et 3,3% au Québec). En 2011, la population de ce territoire devrait s'élever à 107 900 habitants, soit 10 000 de plus qu'en 2001.

Dans la région des Laurentides, la croissance démographique prévue d'ici 2011 ne serait pas équivalente d'un groupe d'âge à l'autre. La croissance devrait être minime chez les enfants de 0 à 5 ans (0,5% de plus qu'en 2001) et négative chez les 6-14 ans (16,4% de moins qu'en 2001). En contrepartie, les personnes âgées de 55 ans ou plus devraient enregistrer une croissance très importante, laquelle serait nettement plus élevée dans la région que dans le reste du Québec.

Spécifiquement, sur le territoire du CLSC Jean-Olivier-Chénier, cette croissance devrait être supérieure à celle de la région des Laurentides du côté des personnes âgées de 55 ans à 74 ans et moindre du côté des 75 ans ou plus. En contrepartie, les jeunes âgés de 6 à 14 ans devraient diminuer en nombre de près de 20%. En ce qui concerne les effectifs âgés de 15 à 24 ans, la croissance prévue pour Jean-Olivier-Chénier devrait être assez importante (10,7% de plus en 2011) tandis que celle appréhendée chez les 0-5 ans et les 25-54 ans pourrait être relativement assez faible (2,6 et 3,6 % de plus, respectivement en 2011).

---

[1] **CONNAÎTRE POUR AGIR.** *Portrait de santé de la population du territoire du CLSC Jean-Olivie-Chénier. Direction de santé publique. Régie régionale des Laurentides. Décembre 2001.*

C'est donc dire que la clientèle du CH St-Eustache est et demeurera pour les prochaines années plus jeune que celle du reste des Laurentides. De plus, les données de la santé publique indiquent qu'elle est également plus scolarisée et favorisée. Tous ces éléments constituent un terrain propice au développement accéléré des activités ambulatoires.

B) LE BASSIN DE DESSERTE

Le CHSE est situé au sud-ouest de l'axe principal nord-sud des Laurentides constitué par l'autoroute 15 et la route 117. La distance qui le sépare de Laval et Montréal est la plus courte de tous les centres hospitaliers des Laurentides. Pour cette raison, il existe depuis plusieurs années des liens étroits avec des équipes spécialisées extra-régionales (Cité de la Santé à Laval et Sacré-Cœur à Montréal), qui s'y déplacent pour œuvrer dans les Laurentides.

La population de ce bassin, le territoire de Jean-Olivier-Chénier, consomme 71% des services d'hospitalisation qu'elle requiert dans ce qu'elle considère être « son hôpital ». Il n'est donc pas surprenant qu'elle soit peu encline à aller chercher d'elle-même des services de santé spécialisés à St-Jérôme (l'HDSJ ne reçoit que 5% des hospitalisations de ce territoire).

L'établissement dessert aussi une partie importante du territoire Thérèse-de-Blainville (31% des séjours hospitaliers de cette population) et de l'ouest de Laval (14% des hospitalisations au CHSE proviennent de la population du territoire du CLSC Ste-Rose). Le CHSE dessert aussi partiellement, dans certaines spécialités, d'autres territoires des Laurentides et, en particulier, Argenteuil.

C) LE DÉFI AU CH ST-EUSTACHE : RECHERCHER L'ÉQUILIBRE

Le CH St-Eustache a connu une des croissances les plus rapides du réseau hospitalier québécois au cours des vingt dernières années. Il est passé du statut d'un hôpital de campagne centré sur les soins de première ligne à celui d'un centre hospitalier moderne, de plus en plus spécialisé et ayant développé des créneaux d'excellence.

Plusieurs facteurs ont favorisé cette croissance : l'essor démographique lié à l'arrivée en grand nombre de jeunes familles, le dynamisme du personnel, des gestionnaires et du corps médical et l'attrait qu'exerçait ce centre sur les jeunes professionnels à la recherche d'un lieu intéressant de pratique, en particulier les médecins.

L'hôpital a donc vécu une époque où les agrandissements, les acquisitions de matériel spécialisé, l'augmentation des budgets d'opération et le développement des nouvelles spécialités et des services étaient de mise.

À l'heure actuelle, le CH St-Eustache connaît certaines difficultés probablement liées en grande partie à ces changements rapides : déficit budgétaire croissant, rupture de services dans certaines spécialités, pénurie de main-d'œuvre infirmière, etc. Le déséquilibre entre la capacité d'offrir ces services avec des ressources limitées et la demande toujours impérieuse, le passage d'une culture d'hôpital de proximité où travaillaient surtout des médecins généralistes à celle d'un hôpital de plus en plus spécialisé et la difficulté d'atteindre les masses critiques dans certaines disciplines médicales dans un contexte de pénurie généralisée sont probablement autant de facteurs explicatifs de cet état de faits.

Une croissance plus contrôlée, la stabilisation des équipes médicales et le réexamen des pratiques, en mettant l'emphase sur les trajectoires ambulatoires, devraient permettre au CH St-Eustache de retrouver un certain équilibre.

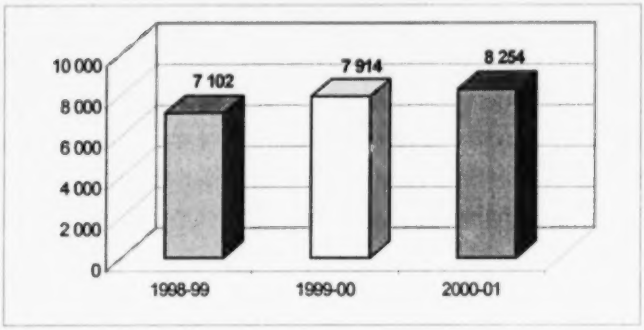
2. QUELQUES DONNÉES SUR LA PRODUCTION

2.1 Pourcentage de la consommation hospitalière de la population des territoires des CLSC Jean-Olivier-Chénier et Thérèse-de-Blainville au CH St-Eustache (2000-2001)

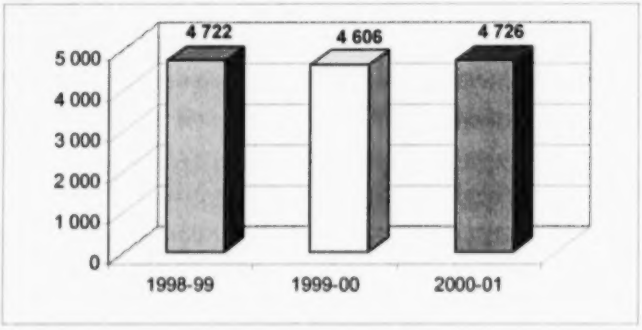
RÉTENTION / CH Saint-Eustache	CLSC Jean-Olivier-Chénier	CLSC Thérèse-de-Blainville
Hospitalisations totales en chirurgie et médecine	71%	33,3 %
Spécifiquement : hospitalisations en médecine	80%	40,7 %
Spécifiquement : hospitalisations en chirurgie	50%	18,2 %
Chirurgie d'un jour	43%	20,9 %

Source : Consommation au Québec seulement/ par CH. Excluant psychiatrie, obstétrique et nouveau-nés. CD-ROM APR-DRG, Med-Echo 2000-2001.

2.2 PRODUCTION AU CHSE / LA MÉDECINE / LES ADMISSIONS



2.3 PRODUCTION AU CHSE / LA CHIRURGIE / LES CAS TRAITÉS

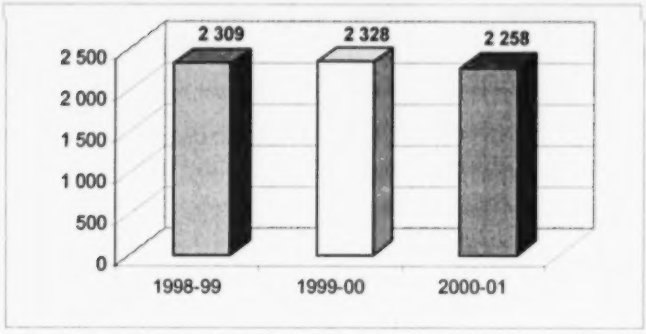


2.4 VENTILATION DES DONNÉES SPÉCIFIQUES À LA CHIRURGIE (2000-2001)

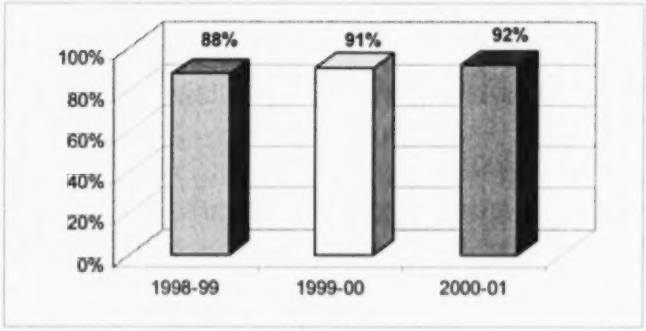
Cas totaux	Cas de CDJ	Cas électifs	Cas de chirurgie urgents et semi-urgents en provenance de l'urgence
4 726	2 258	830	1 638

Source: CD-ROM APR-DRG, Med-Echo 2000-2001.

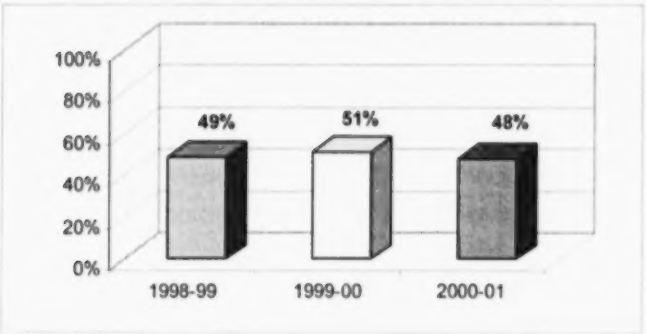
2.5 LA CDJ AU CHSE / LES CAS TRAITÉS



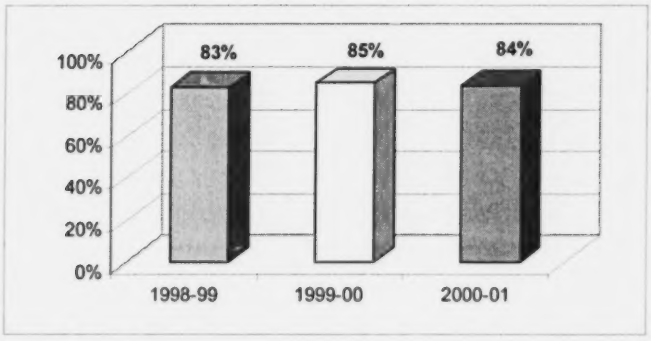
2.6 POURCENTAGE DE LA CHIRURGIE ÉLECTIVE LE JOUR MÊME DE L'ADMISSION AU CHSE



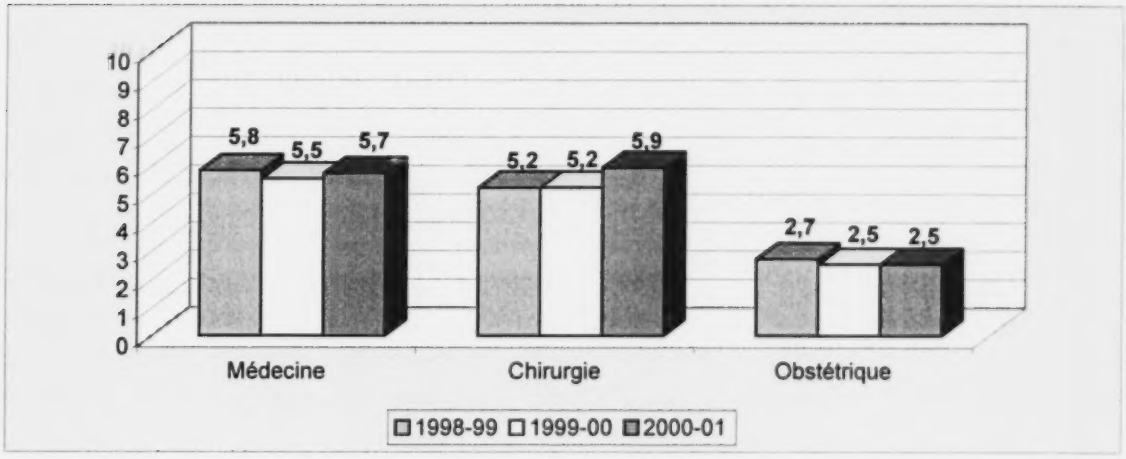
2.7 POURCENTAGE D'UTILISATION DE LA CDJ / ENSEMBLE DE TOUTE LA CHIRURGIE AU CHSE



2.8 POURCENTAGE D'UTILISATION DE LA CDJ AU CHSE / ENSEMBLE DES INTERVENTIONS CIBLÉES EN CDJ



3. LA DURÉE MOYENNE DE SÉJOUR PAR CATÉGORIE DE SOINS / CHSE



4. LA PRESSION DE LA PORTE D'ENTRÉE À LA SALLE D'URGENCE / CHSE

Indicateurs	1999 2000	2000 2001	2001 2002	ÉCART 2000-2002
Total des visites à l'urgence	43 233	46 542	48 209	+ 11,5 %
Total des patients sur civières	14 231	15 306	15 913	+ 11,8 %
Total des patients hospitalisés en provenance de l'urgence	7 987	8 592	8 818	+ 10,4 %
Total des patients arrivés en ambulance sur civières	5 720	6 379	6 763	+ 18,3 %

% des 48 heures	0,1 %	0	1,5%	↑ 1,4 %
% des 24 heures	0,4 %	0,4 %	4,4%	↑ 4,0 %
% d'occupation des civières	105 %	127 %	184%	↑ 79 %

Source : Registre de la clientèle sur civières, MSSS. 2002.

5. LA CAPACITÉ HOSPITALIÈRE DU CH ST-EUSTACHE

En 1996-1997, la capacité hospitalière du CH St-Eustache était de 172 lits de courte durée en santé physique. Au fur et à mesure que se sont installées l'augmentation du taux de rétention et l'augmentation des volumes d'activités dans le sud des Laurentides, la Régie régionale a réajusté l'accessibilité des lits au CH St-Eustache, en deux phases : ajout de 8 lits temporaires en 1997-1998 et de 20 lits tampons "temporaires" en 1999 qui sont devenus, par la force des choses, permanents et reconnus au permis. Ces ajouts portaient la capacité du CH à 200 lits de courte durée qui sont, depuis 2001, occupés à plus de 97%.

INFRASTRUCTURE DES LITS AU PERMIS DU CH ST-EUSTACHE (mars 2002)

Par service ou unité de soins	Nombre total des lits dressés
Médecine	111
Court séjour médical (CSM)	15
Chirurgie	30
Court séjour chirurgical (CSC)	8
Obstétrique	20
Pédiatrie	8
Gériatrie	0
Réadaptation fonctionnelle intensive (RFI)	0
Soins intensifs	8
Total des lits au permis en courte durée /santé physique	**200**

Moyenne des 365 jours/occupation des lits tampons : 2001-2002	**19 / jour**

Lits de psychiatrie	0
Chirurgie d'un jour (CDJ)	15
Civières à l'urgence	8

Les berceaux, les civières de CDJ et les civières de la salle d'urgence ne sont pas inclus au total des lits au permis.

6. PISTES À EXPLORER POUR LE CH ST-EUSTACHE

- Rechercher l'équilibre :
  - Favoriser la recherche d'équilibre entre les ressources allouées et la demande de services
  - Ne pas développer pour l'instant de nouvelles spécialités locales au CHSE
  - Se requestionner sur certains projets : construction de lits en psychiatrie, chimiothérapie donnée localement, médecine nucléaire, RMN.
  - Atteindre l'efficience dans les quelques services où des améliorations sont encore possibles au moyen des augmentations de volume prévues
  - Participer au projet de chirurgie de jour à Argenteuil
  - Conserver les liens avec les CH de Laval et de Montréal dans les spécialités déjà existantes

- Raffermir les liens avec les équipes régionales dans les spécialités connaissant un développement dans les Laurentides
- Consolider la structure actuelle du CHSE : un centre de proximité en soins généraux et spécialisés (enfants et adultes)

- Accentuer le rôle ambulatoire du CH St-Eustache pour cette population aux caractéristiques favorables à ce type d'activités

  - Affiner les liens avec les partenaires de la 1ère ligne (CLSC, cliniques médicales, GMF, etc.)
  - Faciliter ainsi les trajectoires de service autres que l'hospitalisation
  - Favoriser la croissance et l'émergence des réseaux intégrés de services pour les clientèles vulnérables (PAPA, MPOC, cardiologie, diabète, santé mentale, etc.)
  - Assurer l'accessibilité de la médecine de jour 7 jours/7
  - Obtenir de façon impérieuse l'accréditation de l'Association canadienne des radiologistes pour le Centre régional d'investigation et de traitement du cancer du sein (CRID)

- Ajuster l'utilisation des lits à la réalité des dernières années (lits tampons) et aux projections de la prochaine décennie

  - Construire la phase 1 (236 lits)
  - Poursuivre les travaux de la phase 2
  - Participer à l'étude régionale d'utilisation des lits (janvier 2003)
  - Réorienter les clientèles PAPA, RFI, soins palliatifs et convalescentes vers d'autres types de ressources hors du CH
  - Augmenter le % de chirurgie d'un jour par rapport aux interventions ciblées de 84 à 90%
  - Analyser le processus d'admission en provenance de l'urgence pour la chirurgie (35% de cas urgents et semi-urgents)
  - Favoriser le déplacement du CSM actuel ailleurs dans le CH
  - Augmenter ainsi le nombre de civières à l'urgence de 8 à 23
  - Éliminer la situation actuelle des lits tampons
  - Diminuer le taux d'occupation CH à un % acceptable afin de redonner de la flexibilité et de la fluidité aux opérations

PISTES

HÔTEL-DIEU DE ST-JÉRÔME

HÔTEL-DIEU DE ST-JÉRÔME

1. LE CONTEXTE

A) LES CARACTÉRISTIQUES POPULATIONNELLES[1]

Au cours des dix prochaines années, c'est le territoire du CLSC Arthur-Buies qui, parmi l'ensemble des territoires de la région, devrait connaître la plus forte croissance démographique, soit 15,1% (11,2% dans la région et 3,3% au Québec). De fait, c'est dans Arthur-Buies que l'accroissement migratoire devrait être le plus important. D'ici 2011, ce territoire devrait présenter une taille populationnelle évaluée à 123 000 habitants, soit environ 16 000 de plus qu'en 2001.

Ce sont les personnes âgées de 55 ans ou plus qui devraient afficher la croissance démographique la plus importante et Arthur-Buies est l'un des trois territoires de CLSC où cette croissance devrait culminer. Dans ce territoire, les effectifs âgés de 55 ans ou plus croîtront de 40 à 55%, selon le groupe d'âge. Spécifiquement, les personnes âgées de 65 ans ou plus devraient passer de 10,5% à 13,2% d'ici 2011. La hausse la plus marquée se situera dans le groupe d'âge des 55 à 65 ans.

De plus, les jeunes de 15 à 24 ans devraient s'accroître dans ce territoire plus rapidement qu'ailleurs dans la région. En contrepartie, les jeunes de 6 à 14 ans sont censés diminuer au cours des dix prochaines années.

C'est donc dire que la demande pour des soins et des services augmentera de façon marquée à l'Hôtel-Dieu de St-Jérôme, qui devra continuer à se développer comme centre de proximité en plus d'assumer sa mission de centre régional.

---

[1] **CONNAÎTRE POUR AGIR**. *Portrait de santé de la population du territoire du CLSC Arthur-Buies. Direction de santé publique. Régie régionale des Laurentides. Décembre 2001.*

B) LE BASSIN DE DESSERTE

La localisation géographique de l'Hôtel-Dieu explique son développement rapide et le choix d'en faire l'hôpital régional. Situé à quelques minutes de l'autoroute 15, sur l'axe routier principal des Laurentides, constitué par l'ensemble 15-117, en plein cœur des Basses-Laurentides, il est également localisé à environ 25 minutes des centres hospitaliers de proximité que sont Argenteuil et Laurentien.

L'établissement dispense à la population de la MRC Rivière-du-Nord la plus grande partie des services qu'elle consomme (81% de toutes les hospitalisations). Il accueille également d'importantes clientèles des territoires Thérèse-de-Blainville (22%), Pays-d'en-Haut (35%) et Argenteuil (20%).

C) LE DÉFI À L'HÔTEL-DIEU DE ST-JÉRÔME : MIEUX CAMPER SON RÔLE RÉGIONAL

Bien avant que la Régie Régionale des Laurentides n'accorde officiellement ce statut à l'établissement, certaines de ses équipes médicales offraient déjà des services en région (pédiatrie, ORL, urologie, orthopédie, etc.). Par la suite, plusieurs autres spécialités atteignirent une masse critique à St-Jérôme, ce qui leur permit d'assumer une mission régionale ou sous-régionale (pneumologie, hémato-oncologie, microbiologie, médecine interne, néphrologie, ophtalmologie, radiologie, psychiatrie, médecine nucléaire, pathologie, etc.).

Dans certaines spécialités, l'Hôtel-Dieu connut des difficultés d'atteinte des masses critiques et la couverture régionale s'avéra plus difficile, partielle et intermittente (cardiologie, gastro-entérologie, plastie, chirurgie vasculaire et jusqu'à récemment, la gynécologie).

À l'heure actuelle, certaines équipes bien établies éprouvent des difficultés à concilier leur mission locale avec des engagements contractés dans d'autres établissements (radiologie, hémato-oncologie). Les raisons principales de cette situation sont les difficultés de recrutement et le volume toujours croissant de la demande au centre régional lui-même.

Dans certains dossiers, il a été impossible d'en arriver à une entente sur le partage des responsabilités entre les partenaires hospitaliers de la région, en particulier avec le CH St-Eustache, ce qui a empêché le développement et la consolidation de certaines activités (garde en ORL, gastro-entérologie, etc.).

La collaboration régionale nous semble toutefois l'avenue à privilégier dans le futur. Elle est à l'origine des véritables « success stories » (la couverture régionale par une seule équipe en ophtalmologie, la médecine nucléaire, etc.).

Elle nous a permis de résoudre de graves crises situationnelles qui ont mis en péril la dispensation des services dans notre région (la psychiatrie à l'urgence et l'obstétrique au CH St-Eustache durant l'été 2002).

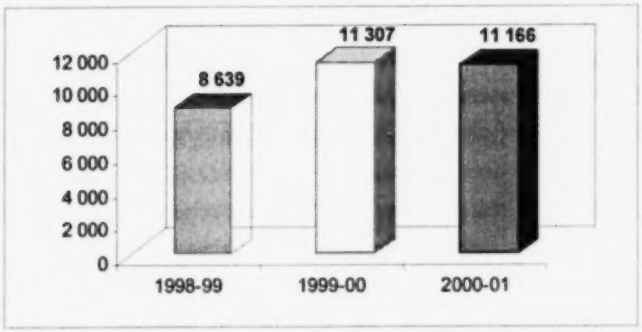
2. QUELQUES DONNÉES SUR LA PRODUCTION

2.1 Pourcentage de la consommation hospitalière de la population des territoires du CLSC Arthur-Buies et Thérèse-de-Blainville à l'Hôtel-Dieu de St-Jérôme (2000-2001)

RÉTENTION / Hôtel-Dieu de St-Jérôme	CLSC Arthur-Buies	CLSC Thérèse-de-Blainville
Hospitalisations totales en chirurgie et médecine	83 %	26,4 %
Spécifiquement : hospitalisations en médecine	89 %	29 %
Spécifiquement : hospitalisations en chirurgie	65 %	21,2 %
Chirurgie d'un jour	70 %	24,1 %

Source : Consommation au Québec seulement/ par CH. Excluant psychiatrie, obstétrique et nouveau-nés. CD-ROM APR-DRG, Med-Echo 2000-2001.

2.2 PRODUCTION À L'HDSJ / LA MÉDECINE / LES ADMISSIONS



2.3 PRODUCTION À L'HDSJ / LA CHIRURGIE / LES CAS TRAITÉS

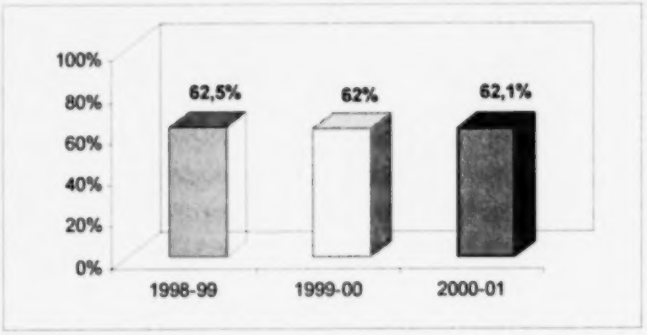
2.4 VENTILATION DES DONNÉES SPÉCIFIQUES À LA CHIRURGIE (2000-2001)

Cas totaux	Cas de CDJ	Cas électifs	Cas de chirurgie urgents et semi-urgents en provenance de l'urgence
10 406	6 132	2 359	1 915

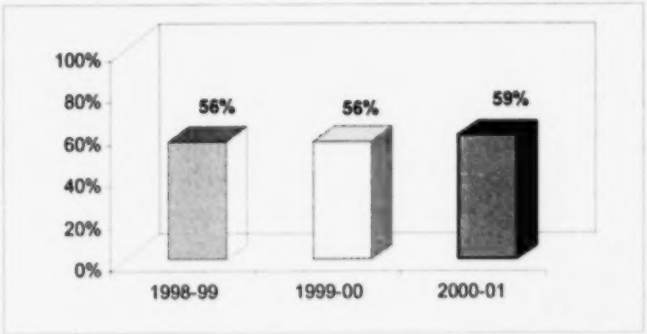
Source: CD-ROM APR-DRG, Med-Echo 2000-2001.

2.5 LA CDJ À L'HDSJ / LES CAS TRAITÉS

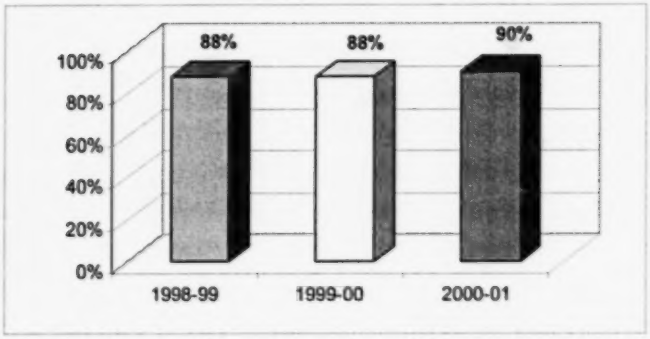
2.6 POURCENTAGE DE LA CHIRURGIE ÉLECTIVE LE JOUR MÊME DE L'ADMISSION À L'HDSJ



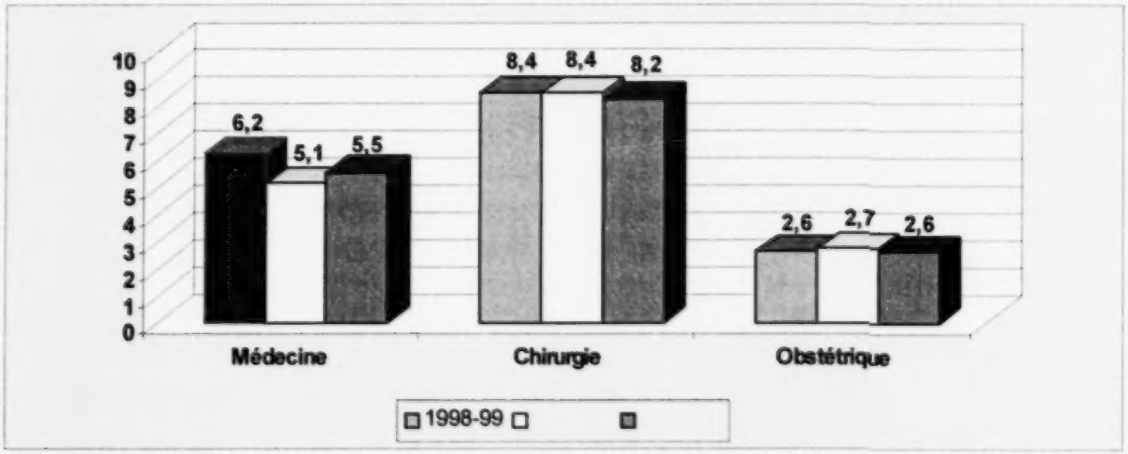
2.7 POURCENTAGE D'UTILISATION DE LA CDJ / ENSEMBLE DE TOUTE LA CHIRURGIE À L'HDSJ



2.8 POURCENTAGE D'UTILISATION DE LA CDJ À L'HDSJ / ENSEMBLE DES INTERVENTIONS CIBLÉES EN CDJ



3. LA DURÉE MOYENNE DE SÉJOUR PAR CATÉGORIE DE SOINS / HDSJ



4. LA PRESSION DE LA PORTE D'ENTRÉE À LA SALLE D'URGENCE / HDSJ

Indicateurs	1999 2000	2000 2001	2001 2002	ÉCART 2000-2002
Total des visites à l'urgence	44 894	45 834	47 490	+ 5,8 %
Total des patients/civières	18 852	19 125	20 635	+ 9,5 %
Total des patients hospitalisés en provenance de l'urgence	12 025	11 663	10 558	- 12,2 %
Total des patients arrivés en ambulance sur civières	9 710	9 758	10 135	+ 4,4 %

% des 48 heures	1,1 %	3,9 %	4%	↑ 2,9 %
% des 24 heures	6,7%	9,9 %	10,8%	↑ 4,1 %
% d'occupation des civières	95 %	129 %	141%	↑ 46 %

Source : Registre de la clientèle sur civières, MSSS. 2002.

5. LA CAPACITÉ HOSPITALIÈRE À L'HÔTEL-DIEU DE ST-JÉRÔME

La capacité hospitalière est de 320 lits de courte durée en santé physique. Au fur et à mesure que se sont installées l'augmentation du taux de rétention et conséquemment l'augmentation des volumes d'activités dans la partie centrale de la région des Laurentides, la Régie régionale a accepté l'ouverture temporaire de lits tampons afin de maintenir l'accessibilité aux services hospitaliers pour desservir la population d'Arthur-Buies, de Trois-Vallées et d'Argenteuil.

INFRASTRUCTURE DES LITS AU PERMIS DE L'HÔTEL-DIEU DE ST-JÉRÔME (mars 2002)

Par service ou unité de soins en CH	Nombre total des lits dressés
Médecine	141
Court séjour médical (CSM)	18
Chirurgie	59
Court séjour chirurgical (CSC)	24
Obstétrique	14
Pédiatrie	20
Gériatrie	18
Réadaptation fonctionnelle intensive (RFI)	8
Soins intensifs	18
Total des lits au permis en courte durée /santé physique	**320**

Moyenne des 365 jrs / occupation des lits tampons : 2001-2002	**15 / jour**

Lits de psychiatrie (courte durée+médecine légale)	85
Chirurgie d'un jour (CDJ)	14
Civières à l'urgence	21

Les berceaux, les civières de CDJ et les civières de la salle d'urgence ne sont pas inclus au total des lits au permis.

6. PISTES À EXPLORER POUR L'HÔTEL-DIEU DE ST-JÉRÔME

- Maintenir le rôle de centre régional spécialisé pour la région et de centre de proximité pour la population de St-Jérôme

  - Favoriser une couverture régionale des activités spécialisées par ses équipes, tout d'abord dans le centre de la région (Laurentien, Argenteuil et St-Jérôme) puis dans toutes les Laurentides pour les spécialités à développer ou à consolider (gastro-entérologie, neurologie, radio-oncologie, plastie, chirurgie vasculaire et thoracique, pathologie, etc.)
  - Centre de dépistage du cancer du sein pour le centre de la région
  - Éventuellement prendre le volume de chirurgie d'Argenteuil pour les patients nécessitant une hospitalisation
  - Poursuivre le projet déposé en radio-oncologie

- Requestionner la décision de décentraliser les lits de psychiatrie
- Considérer la possibilité de présenter un projet d'unité de pédopsychiatrie régionale, à même les ressources actuelles

- Accentuer le rôle ambulatoire de l'HDSJ

  - Affiner les liens avec les partenaires de la 1ère ligne (CLSC, cliniques médicales, GMF, etc.)
  - Faciliter ainsi les trajectoires de services autres que l'hospitalisation que ce soit en santé physique ou en santé mentale
  - Favoriser la croissance et l'émergence des réseaux intégrés de services pour les clientèles vulnérables (PAPA, MPOC, cardiologie, diabète, santé mentale, etc.)
  - Assurer l'accessibilité de la médecine de jour 7 jours/7

- Ajuster l'utilisation des lits à la réalité des dernières années (lits tampon) et aux projections de la prochaine décennie

  - Accélérer le processus du PFT de l'urgence
  - Relocaliser l'actuel court séjour médical (CSM) de l'urgence (18 lits)
  - Récupérer ainsi l'espace et potentiellement augmenter ainsi l'accessibilité de l'espace de 18 civières (CSM actuel)
  - Participer à l'étude régionale d'utilisation des lits (janvier 2003)
  - Réorienter les clientèles PAPA, RFI, soins palliatifs et convalescentes vers d'autres types de ressources hors du CH
  - Augmenter le % des patients admis le jour même de leur chirurgie élective de 62 à 82%
  - Éliminer ainsi la situation actuelle des lits tampons
  - Diminuer le taux d'occupation CH à un % acceptable afin de redonner de la flexibilité et de la fluidité aux opérations

- Rechercher l'équilibre budgétaire

  - Atteindre l'efficience dans les quelques services où des améliorations sont encore possibles au moyen des augmentations de volume prévues

- Se questionner sur la possibilité de fermer des lits supplémentaires de façon temporaire, quitte à les rouvrir de façon graduelle selon l'évolution de la demande, lorsque les lits tampons auront été fermés et les clientèles considérées transférées dans d'autres types de ressources
- Participer au projet de chirurgie de jour à Argenteuil

PISTES

CH LAURENTIEN

CH LAURENTIEN

1. LE CONTEXTE

A) LES CARACTÉRISTIQUES POPULATIONNELLES[1]

Le bassin de desserte du CH Laurentien est partagé entre deux territoires de CLSC, Trois-Vallées et Pays-d'en-Haut.

La population du territoire du CLSC des Trois-Vallées, au cours des dix prochaines années, devrait afficher un taux de croissance similaire à la moyenne régionale (10,7 %, comparativement à 11,2 % pour l'ensemble de la région). En 2011, la population de ce territoire devrait afficher environ 44 000 habitants, soit près de 4 200 de plus qu'en 2001. Le développement accéléré de Mont-Tremblant rend toutefois les projections moins précises dans ce rapport.

Sur le territoire des Trois-Vallées, les effectifs âgés de 55 ans ou plus devraient croître de manière très importante, principalement du côté des 75 ans ou plus (plus de 10%). Le total des personnes de 65 ans ou plus devrait ainsi passer de 16,9 % à 20,0 % et cette hausse se traduirait par 2 102 personnes âgées de plus, en 2011.

Quant au territoire du CLSC des Pays-d'en-Haut, la population devrait s'élever à 35 200 habitants en 2011, soit 3 000 de plus qu'en 2001. La proportion des personnes âgées de 65 ans ou plus, au total, devrait passer de 19,1 % à 23,5 % et cette hausse se traduirait par 2 113 personnes âgées de plus, en 2011.

Les enfants âgés de 0 à 5 ans connaîtront une croissance démographique beaucoup plus importante dans ces territoires que dans l'ensemble de la région (7,6% comparativement à 0,5% pour la région des Laurentides). Quant aux jeunes de 6 à 14 ans, ceux-ci devraient diminuer en nombre de près de 20%.

---

[1] **CONNAÎTRE POUR AGIR**. *Portrait de santé de la population du territoire des CLSC Trois-Vallées et Pays-d'en-Haut. Direction de santé publique. Régie régionale des Laurentides. Décembre 2001.*

B) LE BASSIN DE DESSERTE

Le CH Laurentien est littéralement situé à l'intersection de la région Lanaudière et des MRC Pays-d'en-Haut et des Laurentides.

Il est la principale ressource hospitalière pour tout le territoire du CLSC des Trois-Vallées (MRC des Laurentides) et cette population y reçoit 66% des services d'hospitalisation qu'elle requiert.

Il est également le premier fournisseur de ces services pour les habitants du territoire du CLSC des Pays-d'en-Haut avec 41% des séjours hospitaliers.

La population du territoire du CLSC de Matawinie va y chercher une partie de ses hospitalisations (7%) et la construction d'une nouvelle route entre St-Donat et Tremblant pourrait éventuellement amplifier cette tendance.

De plus, c'est dans les régions desservies par le CH Laurentien que le phénomène de la population saisonnière est le plus important, puisqu'elle augmente de 40% le nombre de résidants à certains moments de l'année.

C) LE DÉFI AU CH LAURENTIEN : ÉQUILIBRER L'OFFRE AVEC LA DEMANDE

Comme à St-Eustache et à St-Jérôme, et peut-être encore plus que ces deux endroits, la pression de la porte d'entrée à l'urgence n'a cessé de s'intensifier au cours des dernières années.

De plus, la marge de manœuvre au CH Laurentien est beaucoup moindre puisque la capacité en lits y est de beaucoup inférieure (104 lits versus 405 à St-Jérôme et 200 à St-Eustache).

Le transfert de certains autres secteurs d'activité, nommément l'hospitalisation en psychiatrie et l'obstétrique, a donc été regardé comme piste supplémentaire de désengorgement des lits du CH Laurentien.

Finalement, comme n'importe quel visiteur à Ste-Agathe en conviendra, les locaux, aussi bien à l'urgence que sur les unités, sont inadéquats et doivent être rénovés de toute urgence.

2. QUELQUES DONNÉES SUR LA PRODUCTION

2.1 Pourcentage de la consommation hospitalière de la population des territoires de CLSC des Trois-Vallées et Pays-d'en-Haut au CH Laurentien (2000-2001)

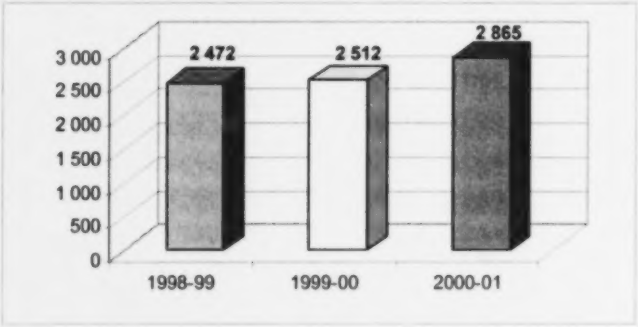
RÉTENTION / les 2 CLSC	CLSC Trois-Vallées au CH Laurentien	CLSC Pays-d'en-Haut au CH Laurentien
Hospitalisations totales en chirurgie et médecine	60%	37%
Spécifiquement : hospitalisations en médecine	72%	43%
Spécifiquement : hospitalisations en chirurgie	36%	25%
Hospitalisations en psychiatrie	90%	75%
Obstétrique	86%	54%
Chirurgie d'un jour	33%	22%

Source : Consommation au Québec seulement/ par CH. Excluant obstétrique et nouveau-nés. CD-ROM APR-DRG, Med-Echo 2000-2001.

Le territoire des Trois-Vallées (MRC des Laurentides) constitue le bassin de desserte le plus important du CH Laurentien.

En psychiatrie et en obstétrique, l'établissement obtient aussi des % de rétention très élevés en provenance de la MRC des Pays-d'en-Haut.

2.2 PRODUCTION AU CHL / LA MÉDECINE / LES ADMISSIONS



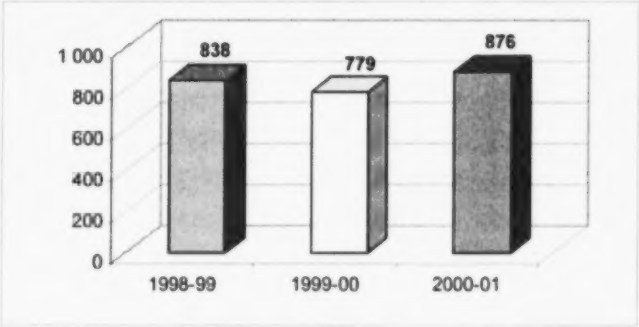
2.3 PRODUCTION AU CHL / LA CHIRURGIE / LES CAS TRAITÉS

2.4 VENTILATION DES DONNÉES SPÉCIFIQUES À LA CHIRURGIE (2000-2001)

Cas totaux	Cas de CDJ	Cas électifs	Cas de chirurgie urgents et semi-urgents en provenance de l'urgence
1 806	876	370	560

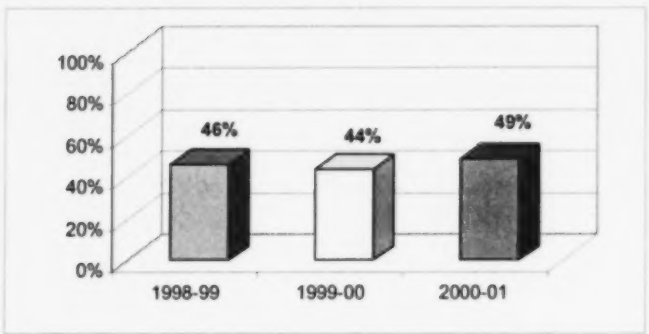
Source : APR-DRG Med-Echo 2000-01.

2.5 LA CDJ AU CHL / LES CAS TRAITÉS

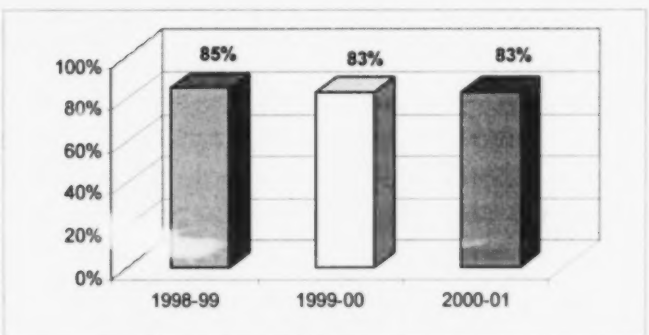


2.6 POURCENTAGE DE LA CHIRURGIE ÉLECTIVE LE JOUR MÊME DE L'ADMISSION AU CHL

2.7 POURCENTAGE D'UTILISATION DE LA CDJ / ENSEMBLE DE TOUTE LA CHIRURGIE AU CHL

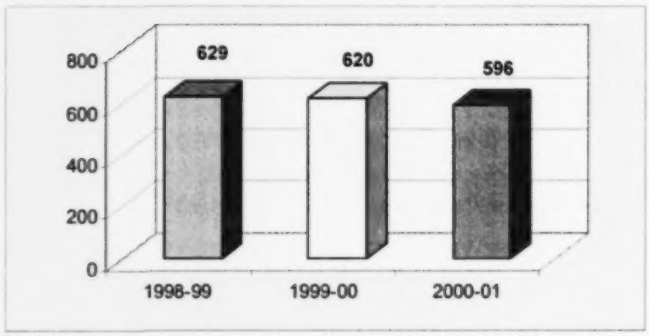


2.8 POURCENTAGE D'UTILISATION DE LA CDJ AU CHL/ ENSEMBLE DES INTERVENTIONS CIBLÉES EN CDJ



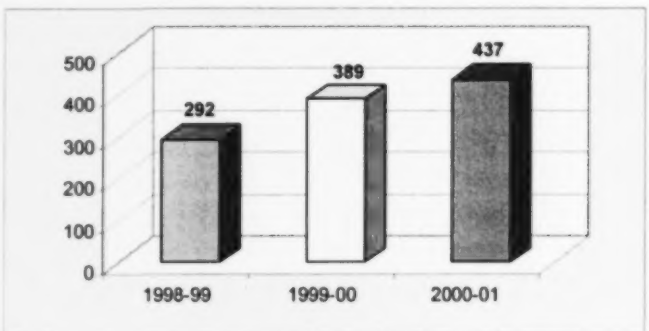
2.9 LA PRODUCTION EN OBSTÉTRIQUE AU CHL

Les volumes ont connu une légère baisse dans le temps. L'arrivée en 2001-2002 de deux nouveaux médecins pratiquant l'obstétrique devrait assurer l'atteinte de la masse critique dans ce secteur et, possiblement, l'augmentation graduelle du nombre d'accouchements. De plus, le secteur desservi en obstétrique est étendu et s'étend jusqu'à Labelle et St-Donat.

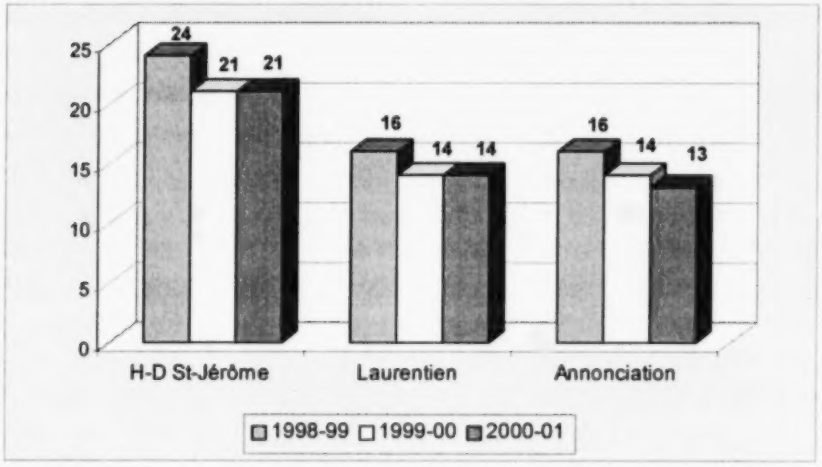


2.10 LA PRODUCTION EN PSYCHIATRIE AU CHL

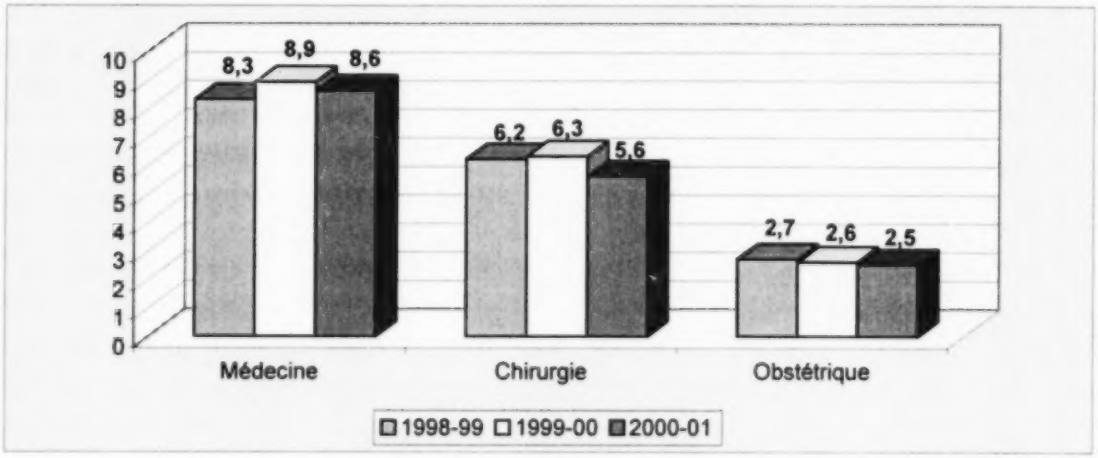
Les volumes sont en augmentation marquée depuis trois ans dans cette petite unité de 12 lits. Ceci fut rendu possible par une diminution marquée des DMS durant la même période.



2.11 LES DMS EN PSYCHIATRIE DANS LES CH DES LAURENTIDES



3. LA DURÉE MOYENNE DE SÉJOUR PAR CATÉGORIE DE SOINS AU CHL



4. LA PRESSION DE LA PORTE D'ENTRÉE À LA SALLE D'URGENCE AU CH LAURENTIEN

C'est à Ste-Agathe, peut-être encore plus qu'à St-Eustache, que cette pression est la plus ressentie, aussi bien en ce qui concerne le nombre de cas que la gravité du case-mix. Les volumes y sont également en augmentation marquée en traumatologie.

Indicateurs	1999 2000	2000 2001	2001 2002	ÉCART 2000-2002
Total des visites à l'urgence	25 075	26 206	27 495	+ 9,7 %
Total des patients/civières	7 681	8 179	8 614	+ 12,2 %
Total des patients hospitalisés en provenance de l'urgence	3 044	3 313	3 348	+ 10 %
Total des patients arrivés en ambulance sur civières	3 557	3 862	4 324	+ 21,6 %

% des 48 heures	3,1 %	2,5 %	2,5%	↓ 0,6 %
% des 24 heures	21,3 %	18,1 %	16,3%	↓ 5 %
% d'occupation des civières	99 %	101 %	103%	↑ 4 %

Source : Registre de la clientèle sur civières, MSSS 2002

5. LA CAPACITÉ HOSPITALIÈRE

La capacité hospitalière est de 92 lits de courte durée en santé physique. Au fur et à mesure que se sont installées l'augmentation du taux de rétention dans ce territoire et conséquemment l'augmentation des volumes d'activités dans le CH Laurentien, la Régie régionale a accepté l'ouverture temporaire de 12 à 20 lits tampons quotidiennement. En 2001-2002, on a observé une moyenne quotidienne de 15 lits tampons.

INFRASTRUCTURE DES LITS
AU PERMIS DU CH LAURENTIEN (mars 2002)

Par service ou unité de soins en CH	Nombre total des lits dressés
Médecine	44
Court séjour médical (CSM)	0
Chirurgie	12
Court séjour chirurgical (CSC)	2
Obstétrique	12
Pédiatrie	0
Gériatrie	10
Réadaptation fonctionnelle intensive (RFI)	8
Soins intensifs	4
Total des lits au permis en courte durée /santé physique	**92**

Moyenne des 365 jrs / occupation des lits tampons : 2001-2002	**15 / jour**

Lits de psychiatrie (courte durée)	12
Chirurgie d'un jour (CDJ)	10
Civières à l'urgence	13

**les berceaux, les civières de CDJ et les civières de la salle d'urgence ne sont pas inclus au total des lits au permis.*

6. PISTES À EXPLORER POUR LE CH LAURENTIEN

- Équilibrer l'offre à la demande :
  - Ne pas développer de nouvelles spécialités pour le moment
  - Mieux s'arrimer avec les équipes spécialisées de l'HDSJ
  - Accélérer le PFT de l'urgence
  - Tenir compte de l'accroissement de la population, du taux de vieillissement et de la hausse constante de la population saisonnière dans la prévision de la demande

- Ajuster l'utilisation des lits à la réalité des dernières années (lits tampons) et aux projections de la prochaine décennie :
  - Réorienter les clientèles PAPA, RFI et soins palliatifs dans le nouveau CHSLD en construction, attenant au CH Laurentien, qui disposera d'une capacité excédentaire suffisante d'ici 2006
  - Transférer les convalescents dans d'autres types de ressources

- Participer à l'étude régionale d'utilisation des lits (janvier 2003)
- Augmenter le % des patients admis le jour même de leur chirurgie élective de 66 à 82%
- Analyser le processus d'admission en provenance de l'urgence pour la chirurgie (31% de cas urgents et semi-urgents)
- Éliminer ainsi la situation actuelle des lits tampons
- Diminuer le taux d'occupation CH à un % acceptable afin de redonner de la flexibilité et de la fluidité aux opérations
- Maintenir le rôle de centre de proximité pour la population de la MRC des Laurentides et d'une partie de la MRC des Pays-d'en-Haut.
- Conserver la mission de psychiatrie de courte durée, étant donné la taille optimale de l'unité, les bassins de desserte et les effectifs médicaux en place.
- Conserver l'obstétrique de première ligne en raison du volume, du territoire desservi et des effectifs médicaux en place.

- Accentuer le rôle ambulatoire du CH Laurentien

  - Affiner les liens avec les partenaires de la 1ère ligne (CLSC, cliniques médicales, GMF, etc.)
  - Faciliter ainsi les trajectoires de service autres que l'hospitalisation
  - Favoriser la croissance et l'émergence des réseaux intégrés de services pour les clientèles vulnérables (PAPA, MPOC, cardiologie, diabète, santé mentale, etc.)

PISTES

CH-CLSC D'ARGENTEUIL

CH-CLSC D'ARGENTEUIL

1. LE CONTEXTE

A) LES CARACTÉRISTIQUES POPULATIONNELLES[1]

La population du territoire d'Argenteuil, au cours des dix prochaines années, devrait afficher un taux d'accroissement nettement inférieur à la moyenne régionale (6,5 %, comparativement à 11,2 % pour l'ensemble de la région). En 2011, elle devrait s'élever aux environs de 31 000 habitants, soit environ 1 900 personnes de plus qu'en 2001.

Le phénomène du vieillissement de la population du territoire d'Argenteuil ne devrait pas être aussi marqué qu'ailleurs dans la région, ce qui n'empêchera pas l'âge moyen des personnes âgées de 65 ans ou plus de se maintenir au-dessus de la moyenne régionale d'ici 2011. Ce sont les municipalités de Wentworth et de Harrington qui affichent les plus fortes proportions de personnes âgées (23,4 % et 24,3 %, respectivement). Mais plusieurs autres municipalités présentent, elles aussi, de fortes proportions de personnes âgées de 65 ans ou plus.

Sur le territoire d'Argenteuil, la proportion de personnes âgées devrait passer de 17,7 % à 19,8 % et cette hausse se traduirait par 989 personnes âgées de plus, en 2011 par rapport à 2001.

B) LE BASSIN DE DESSERTE

La clientèle du CH-CLSC d'Argenteuil origine presque exclusivement du territoire de la MRC d'Argenteuil. De plus, la rétention du CH-CLSC dans son propre territoire pour les cas hospitalisés est d'environ 50%, si l'on tient compte de la consommation hospitalière totale de cette population au Québec et en Ontario. Le % de rétention le plus élevé se retrouve pour les hospitalisations en médecine (74%).

---

[1] **CONNAÎTRE POUR AGIR.** *Portrait de santé de la population du territoire du CLSC d'Argenteuil. Direction de santé publique. Régie régionale des Laurentides. Décembre 2001.*

Le centre est situé, au plus, à 30 minutes de l'Hôtel-Dieu de St-Jérôme, centre régional (35 km) et du CH St-Eustache (41 km).

C) LE DÉFI AU CH-CLSC D'ARGENTEUIL : MIEUX DÉFINIR SES ÉLÉMENTS DE MISSION ET RECHERCHER UNE COMPÉTENCE DISTINCTIVE

Le regroupement récent entre le CH-CHSLD et le CLSC dans le territoire d'Argenteuil a amené un nouveau plan d'organisation par programmes, ce qui nous semble d'ailleurs tout à fait approprié dans le cas d'un établissement regroupant des missions différentes.

Le CH-CLSC d'Argenteuil gère à l'heure actuelle des services hospitaliers pour les clientèles de soins généraux et spécialisés (urgence, médecine, chirurgie, soins intensifs, RFI et gériatrie active) et PAPA (hébergement longue durée), des services ambulatoires de santé physique et mentale et des services psychosociaux.

À notre avis, il reste toutefois à bien définir les liens entre les différents programmes, en particulier dans le secteur de santé physique. L'alternative est la suivante :

- un établissement, avec des programmes intégrés, axé vers les services de **première ligne**, de type « centre de santé »;
- ou un CH de soins généraux et spécialisés de **deuxième ligne** coexistant avec un CLSC - CHSLD conservant ses propres programmes en santé physique de **première ligne**.

Quelle que soit la voie que l'établissement choisira, il y aura également lieu de se questionner sur la gamme de programmes-clientèles offerte, en particulier en chirurgie. Dans cette spécialité, les volumes d'activité sont en baisse constante depuis quelques années à Argenteuil et, conséquence directe, les coûts unitaires en hausse. De plus, le nombre de cas de chaque procédure est faible, alors que l'on doit plutôt chercher à regrouper les cas électifs dans des centres à volumes élevés, lorsque les distances à parcourir sont acceptables pour les patients. Il y a également lieu de se questionner sur la pertinence de conserver une équipe de garde en chirurgie en tout temps, dans un centre ne recevant pas de clientèle en traumatologie. Finalement, il existe depuis longtemps à Argenteuil des problèmes de recrutement et de rétention des effectifs médicaux, aussi bien en omnipratique qu'en spécialités.

La remise en question de la chirurgie pour la clientèle hospitalisée et de la garde 24 heures/24 et 7 jours/7 dans cette spécialité ne signifierait pas obligatoirement la fin des activités au bloc opératoire. Les deux salles d'opération à Argenteuil ont fait l'objet de rénovations il y a quelques années et pourraient éventuellement être utilisées pour la chirurgie d'un jour par les chirurgiens d'Argenteuil, mais aussi de St-Jérôme et de St-Eustache s'ils le désiraient, pour leurs clientèles.

L'utilisation des lits à Argenteuil doit aussi attirer notre attention. Le CH a déjà décidé de diminuer le nombre de lits à 49 au cours des derniers mois, alors que la capacité, incluant les lits-tampons, a fréquemment été d'environ 55 lits dans le passé. Le bassin réel de rétention, l'analyse des durées moyennes de séjour et le nombre de lits consacrés aux soins intensifs nous amènent à conclure qu'il existe actuellement une surcapacité en lits par rapport aux besoins réels à Argenteuil.

Au cours des dernières années, le programme-clientèle en RFI semble avoir répondu de façon adéquate aux besoins de la population d'Argenteuil, mais aussi d'une partie de clientèle provenant de St-Eustache. De plus, l'analyse financière préliminaire de ce service fait ressortir des coûts unitaires bas. Finalement, jusqu'à tout récemment, l'établissement ne semblait pas avoir de difficultés à recruter les professionnels requis pour ce dernier type d'activité (physiothérapeutes, ergothérapeutes, etc.).

Une structure regroupée de lits en RFI aurait aussi l'avantage de favoriser une organisation de services de réadaptation plus efficiente et diversifiée.

Nous croyons donc que le CH-CLSC d'Argenteuil devrait considérer la possibilité d'accueillir de la clientèle RFI sur une base sous-régionale, ce qui aurait comme double avantage de désengorger le CH St-Eustache et l'Hôtel-Dieu de St-Jérôme tout en préservant les lits et le niveau d'activités à Argenteuil.

Ces deux éléments, la chirurgie d'un jour et la RFI, constitueraient ainsi une partie de la réponse à la recherche de compétences distinctives pour le CH-CLSC d'Argenteuil.

D) L'IMPLANTATION D'UN TOMODENSITOMÈTRE (CT-SCAN) À ARGENTEUIL

En juin 2000, dans le cadre de l'exercice de priorisation des équipements de haute technologie, le conseil d'administration de la Régie régionale des Laurentides priorisa de façon identique les 3 projets d'implantation d'un tomodensitomètre à Mont-Laurier, Ste-Agathe et Argenteuil. À l'époque, les avis du groupe conseil en génie bio-médical étaient à l'effet que les volumes à Argenteuil seraient tout juste suffisants pour justifier un tel appareil.

Depuis ce temps, le volume des activités spécialisées à Argenteuil a diminué. Les pistes de réorganisation avancées dans ce document pourraient de plus résulter en l'abandon de certains secteurs d'activités cliniques requérant la présence d'un scanner. On doit aussi tenir compte du fait que cette salle d'urgence ne fait pas partie du réseau québécois de traumatologie.

C'est donc dire qu'il existe peu de justification médicale ou clinique à l'achat d'un tel appareil, si ce n'est le fait qu'on le considère maintenant, et de plus en plus, comme un équipement dont tout centre hospitalier devrait être doté.

Par ailleurs, la priorisation de cet appareil par le conseil d'administration de la Régie régionale a envoyé un signal clair à la population d'Argenteuil qui s'est depuis mobilisée pour amasser plus de 700 000 $ dans le but d'acheter cet appareil. Il y a lieu de se demander, d'un point de vue d'éthique, si une décision à l'effet de suspendre cette implantation serait acceptable.

Certaines conditions devraient toutefois être respectées lors d'un projet d'implantation :

1. L'acquisition de l'appareil devrait entièrement être financée par des sommes provenant de la Fondation et d'une subvention de la Régie régionale.

2. Les coûts récurrents de fonctionnement de l'appareil devraient être assumés par le CH-CLSC d'Argenteuil à même ses budgets d'opération.

3. La pertinence des examens pratiqués devrait être monitorisée par les radiologistes de la région, tout comme à Mont-Laurier et à Ste-Agathe. De plus, un programme de formation pour les omnipraticiens de ces trois CH devrait être mis sur pied avec l'aide des médecins radiologistes et de la direction des affaires médicales de la Régie régionale des Laurentides.

2. QUELQUES DONNÉES SUR LA PRODUCTION

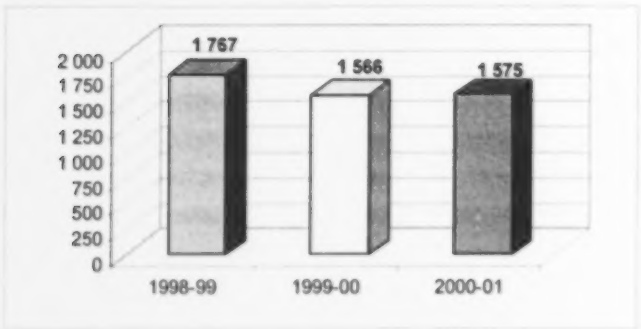
2.1 Pourcentage de la consommation hospitalière de la population du territoire du CLSC d'Argenteuil à l'Hôpital d'Argenteuil (2000-2001)

RÉTENTION / Hôpital d'Argenteuil	CLSC d'Argenteuil
Hospitalisations totales en chirurgie et médecine	58 %
Spécifiquement : hospitalisations en médecine	74 %
Spécifiquement : hospitalisations en chirurgie	21 %
Chirurgie d'un jour	25 %

Source : Consommation au Québec seulement / Excluant la consommation en Ontario. Excluant psychiatrie, obstétrique et nouveau-nés. CD-ROM APR-DRG, Med-Echo 2000-01.

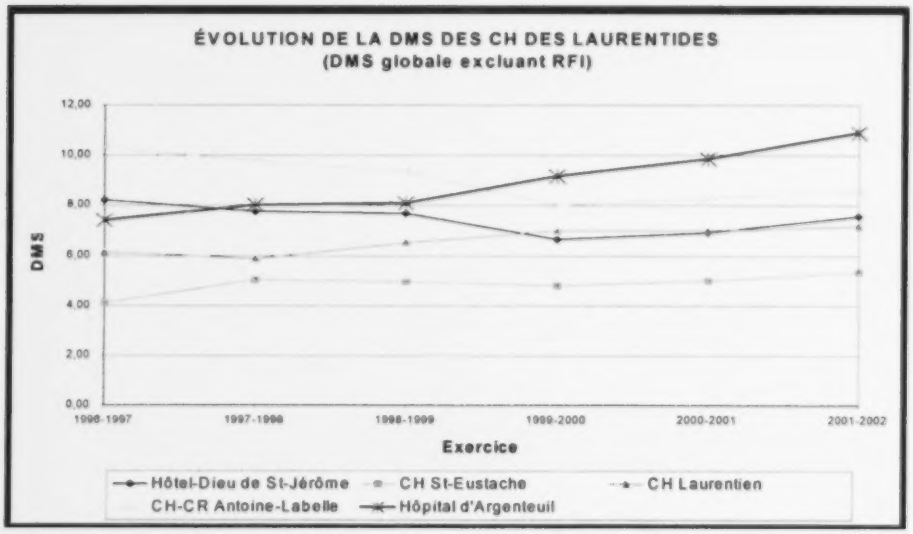
Lorsqu'on tient compte de la consommation ontarienne, la rétention pour les hospitalisations en médecine et en chirurgie est de 52%.

2.2 PRODUCTION À L'HÔPITAL D'ARGENTEUIL / LA MÉDECINE / LES ADMISSIONS

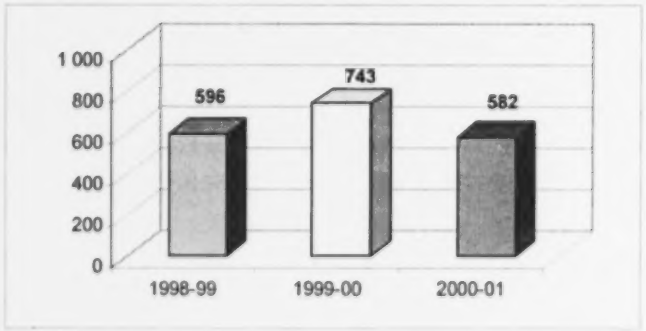


2.3 LES DURÉES MOYENNES DE SÉJOUR - CH-CLSC D'ARGENTEUIL VERSUS LES CH DE LA RÉGION DES LAURENTIDES

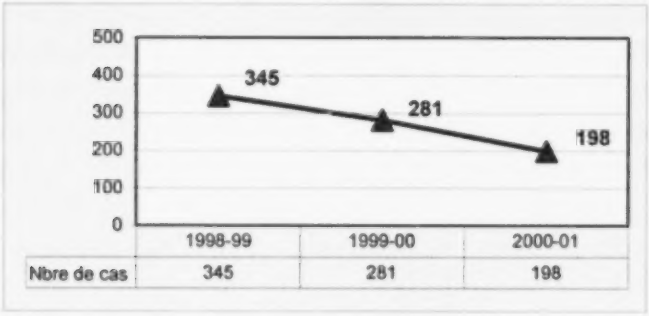
Depuis 1996, les durées moyennes de séjour à Argenteuil sont invariablement à la hausse. Depuis 1998, cette tendance s'est amplifiée. Au cours des trois dernières années, on constate à la fois une baisse du nombre d'admissions et une augmentation d'environ une journée par année des DMS.



2.4 PRODUCTION À L'HÔPITAL D'ARGENTEUIL / LA CHIRURGIE / LES CAS TRAITÉS

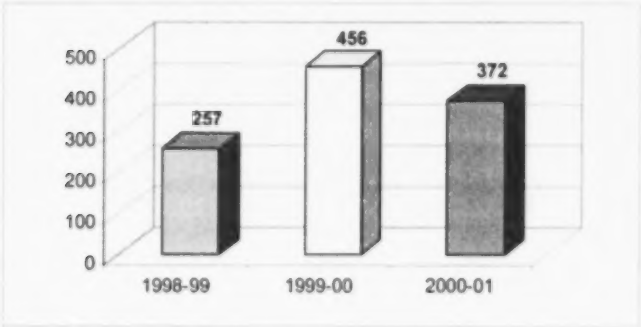


2.5 PRODUCTION À L'HÔPITAL D'ARGENTEUIL / LA CHIRURGIE / LES CAS HOSPITALISÉS



2.6 LA CDJ À L'HÔPITAL D'ARGENTEUIL / LES CAS TRAITÉS

La chirurgie pour la clientèle devant être hospitalisée connaît une décroissance alors que les activités de chirurgie ambulatoire semblent plus constantes dans le temps.

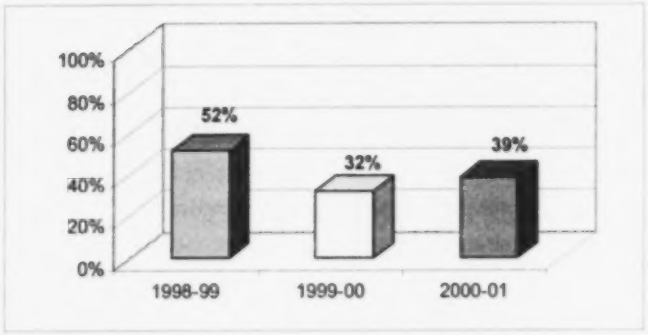


2.7 VENTILATION DES DONNÉES SPÉCIFIQUES À LA CHIRURGIE (2000-2001)

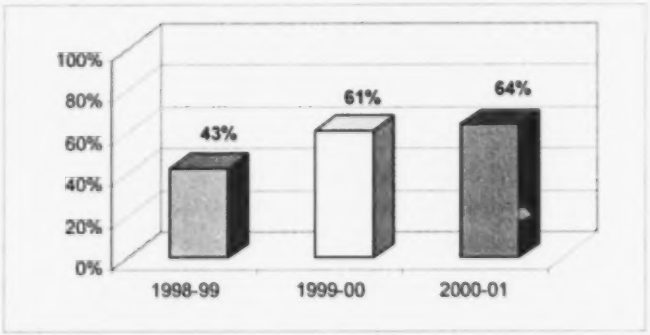
Cas totaux	Cas de CDJ	Cas électifs	Cas de chirurgie urgents et semi-urgents en provenance de l'urgence
582	372	124	86

Source : APR-GRG Med-Echo 2000-01.

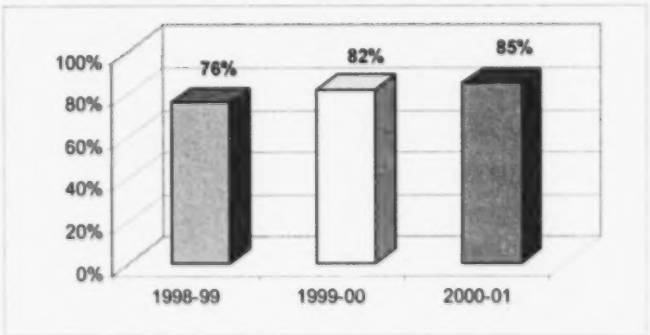
2.8 POURCENTAGE DE LA CHIRURGIE ÉLECTIVE LE JOUR MÊME DE L'ADMISSION À L'HÔPITAL D'ARGENTEUIL



2.9 POURCENTAGE D'UTILISATION DE LA CDJ / ENSEMBLE DE TOUTE LA CHIRURGIE À L'HÔPITAL D'ARGENTEUIL

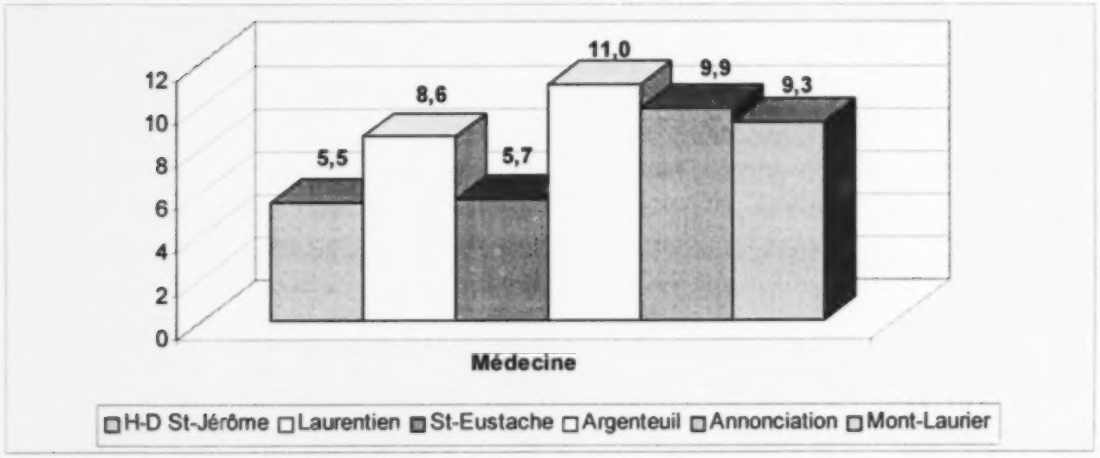


2.10 POURCENTAGE D'UTILISATION DE LA CDJ À L'HÔPITAL D'ARGENTEUIL / ENSEMBLE DES INTERVENTIONS CIBLÉES EN CDJ



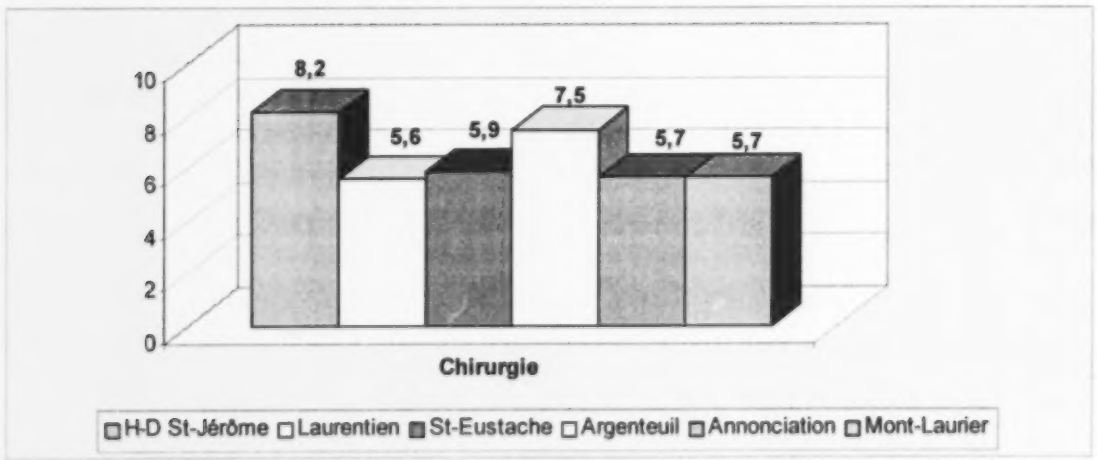
3. LA DURÉE MOYENNE DE SÉJOUR PAR CATÉGORIE DE SOINS / ARGENTEUIL VS LES AUTRES CENTRES HOSPITALIERS

3.1 MÉDECINE



Source : APR-DRG, MED-ECHO 2000-2001.

3.2 CHIRURGIE



Source : APR-DRG, MED-ECHO 2000-2001.

4. L'URGENCE EST DE PLUS EN PLUS UTILISÉE COMME CLINIQUE AMBULATOIRE DEPUIS 2 ANS

La fréquentation de la salle d'urgence a augmenté de façon importante, alors que le nombre de patients présentant des indices de gravité est relativement stable. Une décision à l'effet de diminuer les temps d'attente à l'urgence a probablement contribué à ce phénomène. À l'heure actuelle, l'urgence d'Argenteuil constitue la ressource privilégiée par sa population pour les soins de 1ère ligne. Ce volume a par ailleurs forcé l'établissement à augmenter les effectifs médicaux à l'urgence et, effet pervers, à dépendre en partie du mécanisme de dépannage.

Indicateurs	1999 2000	2000 2001	2001 2002	ÉCART 2000-2002
Total des visites à l'urgence	25 776	30 327	32 685	+ 26,8 %
Total des patients/civières	4 438	4 168	4 379	-1,4 %
Total des patients hospitalisés en provenance de l'urgence	1 496	1 499	1 313	- 14 %
Total des patients arrivés en ambulance sur civières	864	841	925	+ 7 %

% des 48 heures	0	0,2 %	0,6%	↑ 0,6%
% des 24 heures	8,1 %	9,5 %	10,9%	↑ 2,8 %
% d'occupation des civières	70 %	69 %	75%	↑ 5 %

Source : Registre de la clientèle sur civières, MSSS, 2002.

5. LA CAPACITÉ HOSPITALIÈRE / CH-CLSC D'ARGENTEUIL

Le centre hospitalier a fait passer son nombre de lits au permis de 66 à 49 afin de rendre possible le regroupement avec le CLSC d'Argenteuil en 2001.

Par service ou unité de soins en CH	Nombre total des lits dressés
Médecine	28
Court séjour médical	0
Chirurgie	6
Court séjour chirurgical (CSC)	0
Obstétrique	0
Pédiatrie	0
Gériatrie	0
Réadaptation fonctionnelle intensive (RFI)	8
Soins intensifs	7
Total des lits au permis en courte durée /santé physique	**49**

Moyenne des 365 jrs /occupation des lits tampons : 2001-2002	**5 / jour**

Lits de psychiatrie (courte durée+médecine légale)	0
Chirurgie d'un jour (CDJ)	5
Civières à l'urgence	8

**Les berceaux, les civières de CDJ et les civières de la salle d'urgence ne sont pas inclus au total des lits au permis.*

6. PISTES À EXPLORER POUR LE CH-CLSC D'ARGENTEUIL

- Préciser les éléments de sa mission :
  - Centre de santé de 1ère ligne **ou** CH de soins généraux et spécialisés
  - Conserver des programmes-clientèles séparés en santé physique au CH et au CLSC **ou** les intégrer
  - Se questionner sur la poursuite des activités de chirurgie pour les clientèles hospitalisées et de la garde en chirurgie
  - Revoir l'orientation d'accueillir des lits en psychiatrie

- Développer une compétence distinctive :
  - Demeurer la ressource principale pour la population d'Argenteuil pour ce qui est de l'hospitalisation en médecine

- Développer un programme-clientèle en RFI et accueillir une clientèle sous-régionale hospitalisée (20 lits) en provenance de St-Jérôme et St-Eustache, en partenariat avec le centre de réadaptation Le Bouclier
- Considérer la possibilité de réserver l'usage de son bloc opératoire aux activités de chirurgie ambulatoire et d'accueillir les médecins de St-Jérôme et de St-Eustache qui désireraient utiliser ces plateaux techniques
- Dans ce cas, transférer ses cas de chirurgie hospitalisée à St-Jérôme

- Régler le problème de surcapacité en lits :

  - Ajuster le parc de lits à 49, incluant les lits de soins intensifs et de RFI
  - Conserver une capacité potentielle excédentaire de 8 lits au CHSLD comme marge de manœuvre à moyen terme

- Accentuer le rôle ambulatoire du CH-CLSC d'Argenteuil :

  - Affiner les liens avec les partenaires de la 1ère ligne (CLSC, cliniques médicales, GMF, etc.)
  - Faciliter ainsi les trajectoires de service autres que l'hospitalisation
  - Favoriser la croissance et l'émergence des réseaux intégrés de services pour les clientèles vulnérables (PAPA, MPOC, cardiologie, diabète, santé mentale, etc.)

VOLET FINANCIER
CONTEXTE BUDGÉTAIRE

1. CONTEXTE BUDGÉTAIRE

Jusqu'à tout récemment, les régions sociosanitaires du Québec étaient financées sur une base essentiellement historique. Ce mode de financement, considérant notamment le taux de croissance particulièrement élevé de la population ainsi que l'augmentation très importante du taux de rétention, pénalisait directement la région des Laurentides. Or, au printemps dernier, le Ministère a annoncé qu'il rétablirait un financement équitable entre les régions du Québec d'ici trois ans.

Cette orientation ministérielle se traduit par une injection budgétaire récurrente de 311,6 millions sur trois ans pour les 8 régions considérées comme actuellement sous-budgétisées par rapport au niveau moyen de ressources observé dans l'ensemble du Québec; une première tranche de 50 millions pour le premier exercice financier 2002-2003 a été confirmée et versée. Le solde de 261,6 millions devrait être versé à parts égales au cours des deux prochains exercices financiers.

La quote-part de ce budget de rattrapage allouée à la région des Laurentides se chiffre à 36,1 millions, dont 5,8 millions versés pour l'exercice 2002-2003 en cours; le solde de 30,2 millions est ainsi anticipé pour les deux prochains exercices, soit 15,1 millions par année.

Les écarts interrégionaux sont calculés de la manière suivante :

- Pour les services hospitaliers en santé physique et santé mentale, il s'agit d'un écart d'efficience des centres hospitaliers (travaux du comité Bédard; données 2000-2001 et résultats ajustés pour exclure l'impact des déficits), considérant le volume de la demande ainsi que la lourdeur des cas traités.

L'écart total identifié à ce niveau par le MSSS pour les centres hospitaliers des Laurentides s'établit à 6,7 millions.

- Pour les autres programmes clientèles, les écarts interrégionaux sont calculés en fonction de la population desservie et de différents facteurs tels que l'âge, le sexe et le cas échéant le profil socio-économique. L'écart total identifié à ce niveau par le MSSS pour les autres programmes clientèles s'établit à 30,2 millions. Il faut toutefois noter que cette évaluation ne considère pas les programmes en santé physique et en santé mentale pour les services autres que ceux en milieu hospitalier.

Il faut par ailleurs souligner que ce budget d'équité-efficience (appellation reflétant les deux approches mentionnées ci-dessus) représente une ***enveloppe globale de 36,1 millions*** allouée à la région pour mettre à niveau et consolider le niveau de services sur une base d'équité avec le reste du Québec; en même temps, considérant cette opportunité de rattrapage, la région a clairement l'obligation de régulariser l'ensemble des problématiques budgétaires quelle que soit la catégorie d'établissement.

À ce propos, il faut considérer que les prévisions budgétaires pour l'exercice en cours dégagent une perspective budgétaire déficitaire de l'ordre de 21,7 millions pour l'ensemble des établissements de la région, dont 17,7 millions pour les centres hospitaliers. Les principaux éléments susceptibles de réduire ces projections de déficit (CHSGS) sur une base récurrente sont les suivants :

- augmentation d'activités inférieures aux prévisions;
- révision à la baisse de certaines dépenses;
- annualisation de mesures de redressement amorcées en 2002-2003;
- mesures de redressement additionnelles effectives en 2003-2004;
- économies reliées au présent projet de réorganisation des services (selon scénario à préciser);
- allocation d'une partie du budget d'équité-efficience (solde d'environ 5,8 millions associé au sous-financement des CHSGS de la région).

La dimension du sous-financement des augmentations d'activités en 2001-2002 et 2002-2003 devra également être documentée; ce questionnement devra toutefois s'accompagner d'une analyse des taux et des niveaux d'hospitalisations (pertinence); nous ne pouvons toutefois présumer à cette étape-ci du résultat de cette démarche.

La Régie régionale aura donc comme défi au cours des prochains mois de définir progressivement une répartition de ce budget de rattrapage (solde 30,2 millions) qui respecte autant que possible une équité entre les différents programmes clientèles tout en conciliant la nécessité de retour à l'équilibre budgétaire.

Ces paramètres budgétaires sont par ailleurs basés sur des outils et des données d'évaluation qui sont appelés à évoluer. Le MSSS vient en ce sens de mettre en place une nouvelle direction du financement qui a pour mandat de préciser et de bonifier, en concertation avec les différents partenaires concernés (régies régionales, associations d'établissements), les diverses modalités d'allocation des ressources.

Dans cette perspective, la Régie régionale devra continuer à faire valoir les éléments susceptibles de pénaliser notre région et s'assurer notamment que le taux de croissance de notre population est adéquatement pris en charge, et ce, autant au niveau des services hospitaliers que pour les autres programmes clientèles.

Nous ne pouvons toutefois à cette étape-ci présumer d'éventuels ajustements à la hausse de cette enveloppe budgétaire; c'est clairement à l'intérieur des paramètres actuellement confirmés que le MSSS nous demande de « mettre à niveau » notre réseau régional à l'intérieur des ressources budgétaires qui nous sont allouées.

Notons que des travaux additionnels sur l'utilisation des lits de courte durée dans la région des Laurentides seront entrepris en janvier 2003 et apporteront peut-être un éclairage additionnel pour résoudre le dilemme possible entre le respect de l'équité intrarégionale et le retour à l'équilibre budgétaire des centres hospitaliers de la région.

C'est donc dans ce contexte que vous sont présentés deux scénarios financiers en lien avec le présent projet de réorganisation des services hospitaliers de courte durée en santé physique.

Indépendamment du scénario qui sera privilégié, nous sommes convaincus que l'enjeu majeur consiste à s'assurer que les clients aient accès à la ressource la mieux adaptée à leurs besoins tout en optimisant les gains d'efficience pour l'ensemble du réseau régional.

Toutes les économies ainsi dégagées pourront être réallouées pour consolider davantage le niveau de services disponibles. Cette reconfiguration une fois définie et convenue, il s'agira alors de préciser les réaménagements budgétaires requis pour assurer le retour à l'équilibre budgétaire de l'ensemble des établissements concernés.

2. *SCÉNARIO 1 : LE BUDGET EST LAISSÉ À L'ÉTABLISSEMENT*

Selon le premier scénario, les gains financiers résultant des transferts d'activités sont laissés entièrement au centre hospitalier qui voit ses activités diminuer et son déficit d'opérations ainsi réduit d'autant.

À l'inverse, les autres établissements prenant en charge ces clientèles transférées devraient recevoir un financement adéquat pour les dépenses additionnelles encourues, faute de quoi le déficit serait seulement déplacé d'une catégorie d'établissement vers d'autres établissements.

Ce scénario implique donc l'utilisation d'une partie de la marge de manœuvre régionale a priori associée à d'autres programmes clientèles (personnes âgées en perte d'autonomie, déficience physique) pour régulariser la problématique budgétaire des centres hospitaliers; il faut en ce sens ne pas perdre de vue que cette problématique budgétaire peut être en partie associée à un sous-financement non adéquatement évalué ou encore à des gains additionnels d'efficience à préciser (ex. pertinence de certaines hospitalisations ou autres pratiques).

3. *SCÉNARIO 2 : LE BUDGET SUIT LE PATIENT*

Selon le deuxième scénario, le centre hospitalier qui transfère certaines clientèles transfère également le budget requis pour assurer le fonctionnement des ressources requises pour prendre en charge les clientèles concernées.

En termes budgétaires, le gain net pour le centre hospitalier (et l'ensemble du réseau) peut se situer essentiellement à deux niveaux :

- économies reliées à une organisation plus fonctionnelle (réduction ou élimination des lits tampons);

- différentiel de coût (économies) par rapport aux coûts de fonctionnement des nouvelles ressources identifiées.

4. *MISE EN GARDE SUR L'UTILISATION DES TABLEAUX FINANCIERS*

Les calculs qui sont à la base de l'évaluation des scénarios 1 et 2 sont préliminaires et sujets à validation et révision. Les montants indiqués doivent donc être perçus comme des ordres de grandeur plutôt que des montants absolus. Finalement, les coûts de transition feront l'objet d'une évaluation détaillée à une étape ultérieure.

CENTRES HOSPITALIERS DES LAURENTIDES
RÉORGANISATION DES SERVICES HOSPITALIERS DE COURTE DURÉE
SCÉNARIO 1: *LE BUDGET EST LAISSÉ À L'ÉTABLISSEMENT*

	Activités transférées	Activités additionnelles	Impact financier CH	Coûts de transition	Échéancier	Impact sur le déficit (les montants sont cumulatifs) Exercice 2002-2003	Exercice 2003-2004	Exercice 2004-2005	Impact financier autres secteurs Déf. phys.	PAPA	Autres
A) CH ST-EUSTACHE											
1. Transfert de 4 cas en attente de RFI à l'Hôpital d'Argenteuil	367 000		367 000		2003-2004		183 500	183 500			
2. Transfert des 4 lits de soins palliatifs en maison de soins palliatifs	400 000		400 000		indéterminé			400 000		(400 000)	
3. Développement de 10 lits sub-aigus	1 064 000		1 064 000		2002-2003		1 064 000				(730 000)
4. Transfert de 5 cas en attente de placement en CHSLD	274 000		274 000		indéterminé			274 000		(273 750)	
5. Économie suite à l'élimination de 19 lits tampons	485 000		485 000				485 000				
TOTAL CH ST-EUSTACHE	***2 590 000***		***2 590 000***				***1 732 500***	***857 500***		***(673 750)***	***(730 000)***

CENTRES HOSPITALIERS DES LAURENTIDES
RÉORGANISATION DES SERVICES HOSPITALIERS DE COURTE DURÉE
SCÉNARIO 1: *LE BUDGET EST LAISSÉ À L'ÉTABLISSEMENT*

						Impact sur le déficit (les montants sont cumulatifs)			Impact financier autres secteurs		
	Activités transférées	Activités additionnelles	Impact financier CH	Coûts de transition	Échéancier	Exercice 2002-2003	Exercice 2003-2004	Exercice 2004-2005	Déf. phys.	PAPA	Autres
B) HÔTEL-DIEU DE ST-JÉRÔME											
1. Transfert de 8 lits de RFI vers l'Hôpital d'Argenteuil	640 000		640 000		2003-2004		320 000	320 000			
2. Transfert de la chirurgie hospitalisée de l'Hôpital d'Argenteuil à l'H-D de St-Jérôme		(509 000)	(509 000)		2003-2004		(254 500)	(254 500)			
3. Transfert de 10 lits de soins palliatifs en maison de soins palliatifs	930 000		930 000		indéterminé			930 000		(930 000)	
4. Transfert de 15 cas en attente de placement en CHSLD	821 000		821 000		indéterminé			821 000		(821 250)	
5. Développement de 15 lits sub-aigus	1 478 000		1 478 000		2002-2003		1 478 000				(1 095 000)
6. Économie suite à l'élimination de 15 lits tampons	383 000		383 000				383 000				
7. Transfert d'activités de chirurgie d'un jour vers l'Hôpital d'Argenteuil	509 000		509 000		2004-2005			509 000			
TOTAL HÔTEL-DIEU DE ST-JÉRÔME	***4 761 000***	***(509 000)***	***4 252 000***				***1 926 500***	***2 325 500***		***(1 751 250)***	***(1 095 000)***

CENTRES HOSPITALIERS DES LAURENTIDES
RÉORGANISATION DES SERVICES HOSPITALIERS DE COURTE DURÉE
SCÉNARIO 1: *LE BUDGET EST LAISSÉ À L'ÉTABLISSEMENT*

	Activités transférées	Activités additionnelles	Impact financier CH	Coûts de transition	Échéancier	Impact sur le déficit (les montants sont cumulatifs) Exercice 2002-2003	Exercice 2003-2004	Exercice 2004-2005	Impact financier autres secteurs Déf. phys.	PAPA	Autres
C) CH LAURENTIEN											
1. Transfert des 8 lits de RFI dans les nouvelles places en CHSLD	640 000		640 000		2003-2004		320 000	320 000	(640 000)		
2. Transfert de 10 lits de soins palliatifs dans les nouvelles places en CHSLD	940 000		940 000		2003-2004		470 000	470 000		(940 000)	
3. Développement de 5 lits sub-aigus	510 000		510 000		2002-2003		510 000				(365 000)
4. Économie suite à l'élimination de 15 lits tampons	383 000		383 000				127 667	255 333			
TOTAL CH LAURENTIEN	***2 473 000***		***2 473 000***				***1 427 667***	***1 045 333***	***(640 000)***	***(940 000)***	***(365 000)***

CENTRES HOSPITALIERS DES LAURENTIDES
RÉORGANISATION DES SERVICES HOSPITALIERS DE COURTE DURÉE
SCÉNARIO 1: *LE BUDGET EST LAISSÉ À L'ÉTABLISSEMENT*

	Activités transférées	Activités additionnelles	Impact financier CH	Coûts de transition	Échéancier	Impact sur le déficit (les montants sont cumulatifs) Exercice 2002-2003	Exercice 2003-2004	Exercice 2004-2005	Impact financier autres secteurs Déf. phys.	PAPA	Autres
D) HÔPITAL D'ARGENTEUIL											
1. Transfert de la chirurgie hospitalisée de l'Hôpital d'Argenteuil à l'H-D de St-Jérôme	509 000		509 000		2004-2005			509 000			
2. Transfert de 8 lits de RFI de l'Hôtel-Dieu de St-Jérôme vers l'Hôpital d'Argenteuil		(640 000)	(640 000)		2003-2004		(320 000)	(320 000)			
3. Transfert de 4 cas en attente de RFI du CH St-Eustache vers l'Hôpital d'Argenteuil		(320 000)	(320 000)		2003-2004		(160 000)	(160 000)			
4. Diminution du nombre de lits *(économie nette considérant l'alourdissement dans les lits restant)*											
a) fermeture de 3 lits de soins intensifs	777 000		777 000		2002-2003		388 500	388 500			
b) fermeture de 9 lits de médecine	194 000		194 000		2002-2003		97 000	97 000			
sous-total	*971 000*		*971 000*				*485 500*	*485 500*			
5. Transfert d'activités de chirurgie d'un jour vers l'Hôpital d'Argenteuil		(509 000)	(509 000)		2004-2005			(509 000)			
6. Coûts de fonctionnement marginaux pour 8 lits additionnels de longue durée		(125 000)	(125 000)		2003-2004		(125 000)				
TOTAL HÔPITAL D'ARGENTEUIL	***1 480 000***	***(1 594 000)***	***(114 000)***				***(119 500)***	***5 500***			
TOTAL CH DES LAURENTIDES	***11 304 000***	***(2 103 000)***	***9 201 000***				***4 967 167***	***4 233 833***	***(640 000)***	***(3 365 000)***	***(2 190 000)***

CENTRES HOSPITALIERS DES LAURENTIDES
RÉORGANISATION DES SERVICES HOSPITALIERS DE COURTE DURÉE
SCÉNARIO 2: *LE BUDGET SUIT LE PATIENT*

			Transfert de budgets autres secteurs						Impact sur le déficit (les montants sont cumulatifs)		
	Activités transférées	Activités additionnelles	Déf. phys.	PAPA	Autres	Impact financier net global	Coûts de transition	Échéancier	Exercice 2002-2003	Exercice 2003-2004	Exercice 2004-2005
A) CH ST-EUSTACHE											
1. Transfert de 4 cas en attente de RFI à l'Hôpital d'Argenteuil	367 000					367 000		2003-2004		183 500	183 500
2. Transfert des 4 lits de soins palliatifs en maison de soins palliatifs	400 000			(400 000)		0		indéterminé			0
3. Développement de 10 lits sub-aigus	1 064 000				(730 000)	334 000		2002-2003		334 000	
4. Transfert de 5 cas en attente de placement en CHSLD	274 000			(274 000)		0		indéterminé			0
5. Économie suite à l'élimination de 19 lits tampons	485 000					485 000				485 000	
TOTAL CH ST-EUSTACHE	***2 590 000***			***(674 000)***	***(730 000)***	***1 186 000***				***1 002 500***	***183 500***

CENTRES HOSPITALIERS DES LAURENTIDES
RÉORGANISATION DES SERVICES HOSPITALIERS DE COURTE DURÉE
SCÉNARIO 2: *LE BUDGET SUIT LE PATIENT*

	Activités transférées	Activités additionnelles	Transfert de budgets autres secteurs			Impact financier net global	Coûts de transition	Échéancier	Impact sur le déficit (les montants sont cumulatifs)		
			Déf. phys.	PAPA	Autres				Exercice 2002-2003	Exercice 2003-2004	Exercice 2004-2005
B) HÔTEL-DIEU DE ST-JÉRÔME											
1. Transfert de 8 lits de RFI vers l'Hôpital d'Argenteuil	640 000					640 000		2003-2004		320 000	320 000
2. Transfert de la chirurgie hospitalisée de l'Hôpital d'Argenteuil à l'H-D de St-Jérôme		(509 000)				(509 000)		2003-2004		(254 500)	(254 500)
3. Transfert de 10 lits de soins palliatifs en maison de soins palliatifs	930 000			(930 000)		0		indéterminé			0
4. Transfert de 15 cas en attente de placement en CHSLD	821 000			(821 000)		0		indéterminé			0
5. Développement de 15 lits sub-aigus	1 478 000				(1 095 000)	383 000		2002-2003		383 000	
6. Économie suite à l'élimination de 15 lits tampons	383 000					383 000				383 000	
7. Transfert d'activités de chirurgie d'un jour vers l'Hôpital d'Argenteuil	509 000					509 000		2004-2005			509 000
TOTAL HÔTEL-DIEU DE ST-JÉRÔME	***4 761 000***	***(509 000)***		***(1 751 000)***	***(1 095 000)***	***1 406 000***				***831 500***	***574 500***

CENTRES HOSPITALIERS DES LAURENTIDES
RÉORGANISATION DES SERVICES HOSPITALIERS DE COURTE DURÉE
SCÉNARIO 2: *LE BUDGET SUIT LE PATIENT*

			Transfert de budgets autres secteurs						Impact sur le déficit (les montants sont cumulatifs)		
	Activités transférées	Activités additionnelles	Déf. phys.	PAPA	Autres	Impact financier net global	Coûts de transition	Échéancier	Exercice 2002-2003	Exercice 2003-2004	Exercice 2004-2005
C) CH LAURENTIEN											
1. Transfert des 8 lits de RFI dans les nouvelles places en CHSLD	640 000		(640 000)			0		2003-2004		0	0
2. Transfert de 10 lits de soins palliatifs dans les nouvelles places en CHSLD	940 000			(940 000)		0		2003-2004		0	0
3. Développement de 5 lits sub-aigus	510 000				(365 000)	145 000		2002-2003		145 000	
4. Économie suite à l'élimination de 15 lits tampons	383 000					383 000				127 667	255 333
TOTAL CH LAURENTIEN	***2 473 000***		***(640 000)***	***(940 000)***	***(365 000)***	***528 000***				***272 667***	***255 333***

CENTRES HOSPITALIERS DES LAURENTIDES
RÉORGANISATION DES SERVICES HOSPITALIERS DE COURTE DURÉE
SCÉNARIO 2: *LE BUDGET SUIT LE PATIENT*

	Activités transférées	Activités additionnelles	Transfert de budgets autres secteurs: Déf. phys.	Transfert de budgets autres secteurs: PAPA	Transfert de budgets autres secteurs: Autres	Impact financier net global	Coûts de transition	Échéancier	Impact sur le déficit (les montants sont cumulatifs): Exercice 2002-2003	Exercice 2003-2004	Exercice 2004-2005
D) HÔPITAL D'ARGENTEUIL											
1. Transfert de la chirurgie hospitalisée de l'Hôpital d'Argenteuil à l'H-D de St-Jérôme	509 000					509 000		2004-2005			509 000
2. Transfert de 8 lits de RFI de l'Hôtel-Dieu de St-Jérôme vers l'Hôpital d'Argenteuil		(640 000)				(640 000)		2003-2004		(320 000)	(320 000)
3. Transfert de 4 cas en attente de RFI du CH St-Eustache vers l'Hôpital d'Argenteuil		(320 000)				(320 000)		2003-2004		(160 000)	(160 000)
4. Diminution du nombre de lits *(économie nette considérant l'alourdissement dans les lits restant)*											
a) fermeture de 3 lits de soins intensifs	777 000					777 000				388 500	388 500
b) fermeture de 9 lits de médecine	194 000					194 000				97 000	97 000
sous-total	*971 000*					*971 000*				*485 500*	*485 500*
5. Transfert d'activités de chirurgie d'un jour vers l'Hôpital d'Argenteuil		(509 000)				(509 000)		2004-2005			(509 000)
6. Coûts de fonctionnement marginaux pour 8 lits additionnels de longue durée		(125 000)				(125 000)		2003-2004		(125 000)	
TOTAL HÔPITAL D'ARGENTEUIL	***1 480 000***	***(1 594 000)***				***(114 000)***				***(119 500)***	***5 500***
TOTAL CH DES LAURENTIDES	***11 304 000***	***(2 103 000)***	***(640 000)***	***(3 365 000)***	***(2 190 000)***	***3 006 000***				***1 987 167***	***1 018 833***

PAGES ANNEXES

ANNEXE

Démographie et contexte régional

1. La démographie régionale / Portrait de la région 15[1]

1.1 Le territoire des Laurentides

Située immédiatement au nord de Laval, en périphérie de Montréal, la région des Laurentides s'étend, sur une superficie de 21 576 km2, jusqu'aux portes du parc de La Vérendrye. Sa frontière sud-ouest longe, sur quelques kilomètres, la province d'Ontario, puis la région de l'Outaouais. À l'est, elle voisine la région de Lanaudière. Cette situation géographique lui confère des caractéristiques contrastées qui influent sur les conditions de vie et les besoins de sa population.

Le territoire des Laurentides compte 86 municipalités regroupées en 8 municipalités régionales de comté (MRC) et 7 territoires de CLSC. Dans la région, on y trouve 5 commissions scolaires, 2 cégeps et 2 districts judiciaires.

Trois grandes zones se distinguent lorsque l'on tente de décrire le territoire des Laurentides : **le sud**, suburbain et industriel, qui s'inscrit dans la dynamique de la grande région de Montréal; **le centre**, diversifié, où activités industrielles, agricoles et récréotouristiques se côtoient; et **le nord**, essentiellement rural, exploitant un potentiel récréotouristique et forestier.

Le sud suburbain

Le sud de la région correspond aux MRC de Thérèse-de-Blainville et de Deux-Montagnes. S'y rattache aussi le sud de la MRC de Mirabel. Il connaît, autour des villes de Sainte-Thérèse et de Saint-Eustache, une croissance importante depuis plusieurs années. Avec Laval et le sud de Lanaudière, il s'intègre à la banlieue montréalaise. Il en possède les caractéristiques suburbaines avec ses quartiers résidentiels traversés d'autoroutes.

Situées au sud et au centre de la région, les usines comme Bell Helicopter à Mirabel, Bombardier Aéronautique à Mirabel, Paccar à Sainte-Thérèse, Bauer à Saint-Jérôme ainsi que des centaines d'autres entreprises manufacturières constituent les principaux moteurs économiques du centre-sud des Laurentides.

[1] Rapport annuel de la Régie régionale des Laurentides (2000-2001) : portrait fixé au 31 mars 2001.

Ce dynamisme entraîne une forte poussée démographique qui change d'année en année le profil de la région.

Le centre diversifié[1]

Le centre de la région regroupe le nord de la MRC de Mirabel et les MRC de la Rivière-du-Nord, d'Argenteuil, des Pays-d'en-Haut et des Laurentides. Saint-Jérôme en est la ville principale. Elle constitue, avec son agglomération, le plus ancien centre urbain des Laurentides. À l'instar du sud de la région, Saint-Jérôme, comme Mirabel, regroupe de nombreux établissements industriels. De plus, elle continue de se développer, notamment, comme importante ville de services. La Régie régionale de la santé et des services sociaux, le palais de justice du district de Terrebonne et plusieurs directions régionales de l'administration publique québécoise y sont installées.

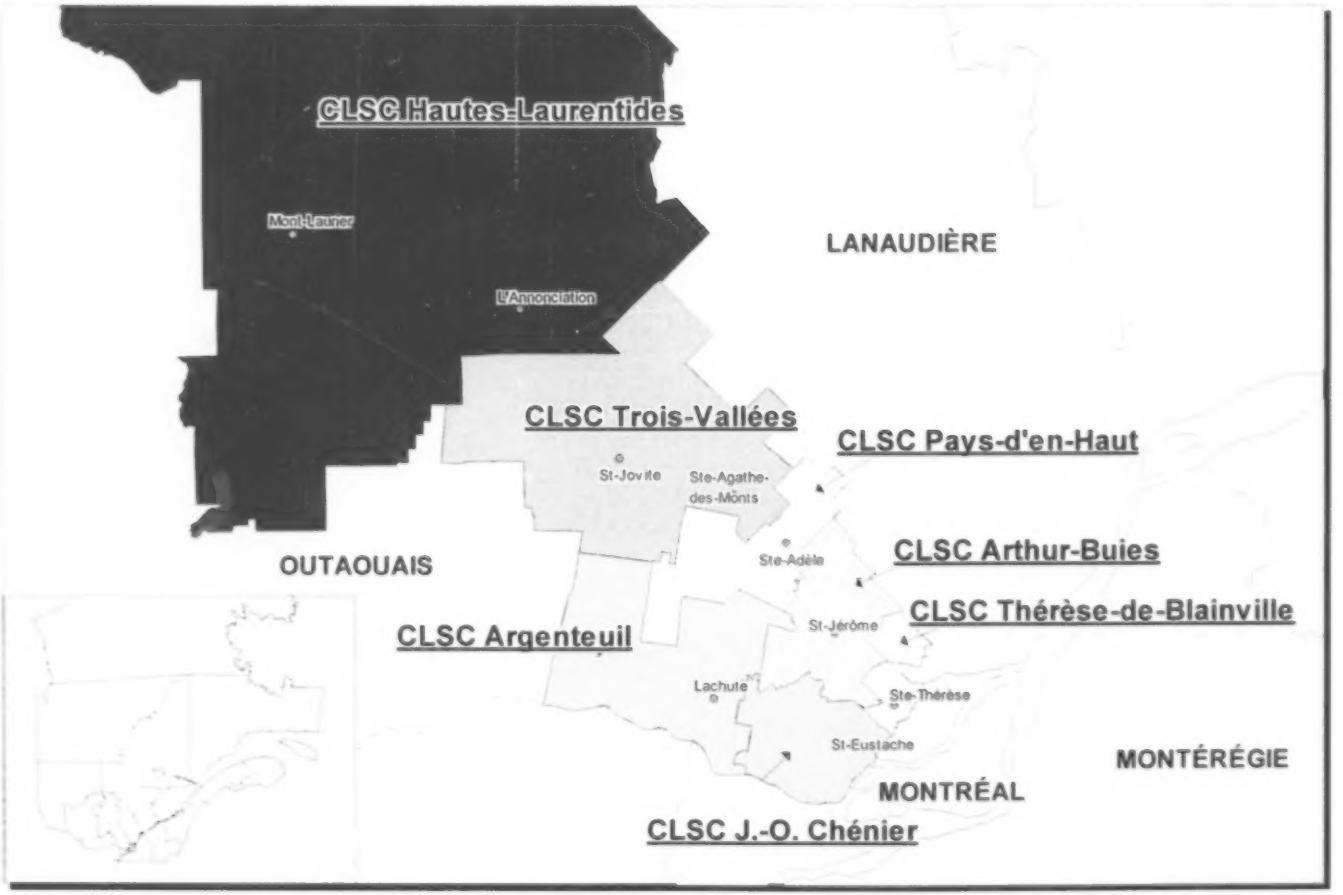
Tout autour de Saint-Jérôme s'étend une zone rurale où l'agriculture est pratiquée activement, notamment dans la MRC d'Argenteuil. Toutefois, c'est le tourisme qui caractérise de plus en plus la vie économique de ce secteur. La beauté des paysages, les lacs, les rivières, les montagnes et les forêts attirent des milliers de touristes et d'amateurs de plein air, notamment à Saint-Sauveur et à Mont-Tremblant où d'importants complexes récréotouristiques se sont développés ces dernières années. La population des Laurentides s'accroît donc de milliers de villégiateurs durant toutes les saisons de l'année, et de façon plus importante l'été et l'hiver.

Le nord rural

Le nord de la région des Laurentides, correspondant au vaste territoire de la MRC d'Antoine-Labelle, est presque entièrement couvert de forêts et est beaucoup moins densément peuplé. C'est un secteur où l'activité touristique demeure importante et continue de se développer. L'industrie forestière emploie aussi une bonne part de la population locale. Mont-Laurier en est le principal centre urbain.

[1] Rapport annuel de la Régie régionale des Laurentides (2000-2001) : portrait fixé au 31 mars 2001.

Territoires des CLSC et principales municipalités de la région des Laurentides



Cartographie Santé publique des Laurentides, 1998

1.2 Les caractéristiques démographiques de la population des Laurentides

Tout comme les autres régions qui forment la ceinture de Montréal, la région des Laurentides connaît une croissance démographique importante.

On estime à plus de 502 787 personnes la population des Laurentides en l'an 2006. La plus forte proportion de cette augmentation, autant en pourcentage qu'en nombre absolu, se situera dans la partie sud du territoire. La croissance démographique dans les Laurentides de 1996 à 2001 a représenté 7,7% d'augmentation alors que celle de la province de Québec a atteint 1,7 % pour la même période.

VISION UNE DÉCENNIE : 5 dernières années versus les 5 prochaines

Évolution démographique de la population totale
Les Laurentides versus le Québec
1996 - 2006

	1996	2001	2006	Évolution en % (1996-2006)
Laurentides	440 928	474 890	502 787	+ 14,2 %
Québec	7 273 993	7 399 931	7 535 013	+ 3,6 %

Évolution démographique de la population des 65 ans et plus
Les Laurentides versus le Québec
1996 - 2006

	1996	2001	2006	Évolution en % (1996-2006)
Laurentides	43 451	51 678	60 378	+ 38,95 %
Québec	870 121	960 330	1 057 367	+ 21,51 %

Source : La population du Québec par territoire de CLSC pour la période de 1981 à 2021. MSSS.

Les Laurentides constituent donc un grand territoire où la majorité de la population vit au sud et où l'on observe une augmentation démographique importante dans les cinq dernières années. La projection démographique des cinq prochaines années démontre une augmentation toute aussi importante.

Parlons spécifiquement de quelques phénomènes :

- **Le phénomène de migration** de la population de Montréal vers le sud des Laurentides s'accentue au fil des années. Il est relié à l'accroissement de la natalité découlant de la venue des jeunes familles. Les bassins sud et Rivière-du-Nord ont connu un essor considérable au cours des cinq dernières années.

- **Les personnes âgées de plus de 75 ans** se retrouvent en grande majorité, en nombre absolu, dans les bassins d'Argenteuil, des Pays-d'en-Haut et des Trois Vallées. L'amélioration des conditions de vie dans les pays occidentaux associée aux progrès de la médecine font en sorte que l'on devra davantage tenir compte de la strate des personnes âgées de plus de 75 ans dans l'analyse de la demande de services de santé.

- **Le phénomène migratoire saisonnier et frontalier**, dans certains territoires, se caractérise, entre autres, par une augmentation importante de l'activité touristique, que ce soit en saison d'été, d'automne ou celle de l'hiver. Le tourisme peut représenter alors jusqu'au double de la population résidante, surtout de juin à septembre et de décembre à mars.

- **Le découpage administratif des régions** ne correspond pas toujours parfaitement aux habitudes de consommation de certaines clientèles, surtout celles en provenance de Lanaudière et de Laval-Ouest. La région des Laurentides, dans sa partie ouest, jouxte l'Ontario. Cette particularité du territoire d'Argenteuil nous amène à étudier spécifiquement la consommation de services hors-Québec par des résidants des Laurentides. Des travaux sont en cours afin de planifier une stratégie reliée au rapatriement de cette clientèle.

L'accroissement de la population selon les territoires de CLSC est présenté de façon plus exhaustive dans le tableau suivant.

Évolution de la taille et taux d'accroissement de la population
Les Laurentides versus le Québec
(2001 à 2011)

Par territoire de CLSC	Taille de la population			Taux d'accroissement
	2001	2006	2011	2001-2011
Jean-Olivier-Chénier	98 030	103 102	107 932	10,1 %
Thérèse-de-Blainville	134 013	143 233	151 288	12,9 %
Hautes-Laurentides	35 020	35 156	35 621	1,7 %
Arthur-Buies	106 772	115 564	122 947	15,1 %
Pays-d'en-Haut	32 184	33 787	35 177	9,3 %
Trois-Vallées	39 762	41 957	44 009	10,7 %
Argenteuil	29 109	29 988	30 995	6,5 %
Région des Laurentides	474 890	502 787	527 969	11,2 %
Le Québec	7 399 931	7 535 013	7 645 139	3,3%

Source : Institut de la statistique du Québec, *Perspectives démographiques des territoires de CLSC du Québec, 1996 à 2021.*

La population saisonnière

La population saisonnière se compose des personnes qui occupent une résidence secondaire, dans un territoire donné. Cette population est difficile à chiffrer avec précision, on ne peut que l'estimer. À partir d'informations qui concernent les abonnés domestiques d'Hydro-Québec, on peut avoir une idée du nombre et de la répartition géographique des résidants saisonniers dans la région des Laurentides.

Répartition géographique
des résidants saisonniers dans la région des Laurentides
1999

Par territoire de CLSC	Taille estimée de la population vivant en ménage privé (janvier 1999)		Population saisonnière (1999)	
	résidants permanents[1]	population saisonnière et résidants permanents[2]	taille estimée[3]	en % sur le total des résidants[4]
Jean-Olivier-Chénier	92 127	98 703	6 576	6,7
Thérèse-de-Blainville	126 579	131 916	5 337	4,0
Hautes-Laurentides	34 006	48 217	14 211	29,5
Arthur-Buies	102 715	115 295	12 580	10,9
Pays-d'en-Haut	30 771	52 609	21 838	**41,5**
Trois-Vallées	37 691	67 993	30 302	**44,6**
Argenteuil	28 776	38 947	10 171	26,1
La région des Laurentides	452 665	553 680	101 015	18,2

1 Tailles estimées par la Direction de santé publique des Laurentides à partir des estimations de l'Institut de la statistique du Québec (juin 1998 et juin 1999) et des données du recensement canadien de 1996 (% de la population vivant en ménage privé).

2 Tailles estimées par la Direction de santé publique des Laurentides à partir du nombre d'abonnés d'Hydro-Québec (logements domestiques) et des données du recensement canadien de 1996 (nombre moyen de personnes par ménage privé).

3 Correspond à la différence entre les deux versions de tailles de population. Les logements servant de base au calcul de la population saisonnière peuvent inclure certaines des habitations touristiques de 9 chambres ou moins (hôtels, gîtes, auberges, motels).

4 Pourcentage que représente la population saisonnière sur le total des résidants, incluant la population saisonnière.

1.3 Évolution du taux de rétention de la population des Laurentides

Plusieurs motifs incitent la clientèle à consommer des services hors-région:

- Requérir des services ultra-spécialisés;
- méconnaître les services offerts localement;
- opter, par choix personnel, pour l'anonymat ou l'opportunité de transport;
- percevoir les ressources locales comme étant insuffisantes et le délai d'accès aux services comme étant trop long.

Un phénomène important intervient également dans le taux de rétention de la population, c'est la référence du médecin traitant au centre hospitalier producteur de services choisi par lui. Ce dernier oriente sa clientèle selon ses propres connaissances du réseau, son lieu de pratique ou son réseau personnel d'affinités professionnelles.

Évolution du taux de rétention
Services hospitaliers de courte durée en santé physique
région des Laurentides

1993-1994	1994-1995	1995-1996	1996-1997	1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001
59,8 %	60,8 %	63,7 %	65 %	70,2 %	71,4 %	73.9 %	74,4 %

Source : Tableau de bord, Info-Centre région des Laurentides. Med-Echo 2001.